

Libânia Ilíada Pinheiro Torela

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Libânia Ilíada Pinheiro Torela

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Libânia Ilíada Pinheiro Torela

A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

A Aluna

Libânia Ilíada Pinheiro Torela

“Projecto de Graduação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do Grau de licenciatura de Enfermagem”

**Mensagem às mulheres que lutam
Ou lutaram contra o cancro da mama**

“Ainda vai ser fácil...

Viver e não ter medo de falar tudo que me atingiu

Viver e crer que a dor não vai voltar...

Ainda vai ser fácil...

Conseguir dormir sem me cansar.

E quando acordar não ter medo de se derrotar.

Mas não é difícil, não...

A fé que me curou trouxe fogo ao coração

*E a luz que antes não me via, hoje vem de dentro do meu peito e contagia a grande
multidão*

*Porque as palavras e os pensamentos têm tanta força e vibram no universo como uma
energia que retorna benção e atração.*

*Porque se você acredita: Clame, grite e peça forte...porque o que você pedir vai gerar
conspiração a seu favor.*

Faça com que todos creiam no que mais você desejar.

Milagres e curas...Mudanças de postura...Nascendo e crescendo sua fé.

*Porque o sol está nascendo, e ele brilha para ser visto ou ser sentido, a mover o
intocável. É só fazer acreditar...*

Porque se a sombra existe, a lua brilha cheia ou se somente sorrindo....

Olhe, sinta, absorva o que Deus tem para lhe dar...”

Aline

Sumário

O tema do presente estudo é “A sexualidade nas mulheres mastectomizadas”.

De acordo com o autor Oliveira (2004), podem surgir alterações positivas ou negativas na vida do casal, podendo estar relacionadas com o tipo de relacionamento antes da mastectomia, e também na forma como o parceiro aceita a alteração física da mulher.

A questão orientadora foi “Qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres?”, e teve como objectivos detectar as modificações ocorridas na vida sexual das mulheres mastectomizadas e contribuir para a melhoria de cuidados à mulher mastectomizada.

A amostra em estudo é constituída por 20 mulheres inscritas numa USF, pertencente ao ACES da Maia. Para dar resposta à questão de investigação e aos objectivos traçados, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e transversal, através da aplicação de um questionário.

No presente estudo, foi possível concluir que na grande maioria das mulheres inquiridas, a vivência da sexualidade não sofreu alterações significativas.

Quanto aos contributos dos enfermeiros na educação da mulher e do casal, no que refere à sexualidade, pode concluir-se que nem todos os casais/mulheres tiveram a oportunidade de discutir este assunto com os profissionais de saúde. Das mulheres inquiridas, apenas 30% falaram sobre este assunto com a equipa multidisciplinar, sendo que mais de metade desta mesma amostra pensa que estes não estão preparados para orientar os casais na vida sexual, após a cirurgia.

Com a realização deste estudo, constatou-se que a Enfermagem assume um papel de extrema importância no que diz respeito ao acompanhamento destas mulheres. Estes devem ir de encontro às necessidades específicas da doente, contribuindo para diminuir as dificuldades das mulheres na aceitação da doença, promovendo sempre a qualidade de vida das mesmas.

Abstract

The theme of the present study is “The sexuality of mastectomized women”.

According to the author *Oliveira* (2004), both positive or negative alterations may occur in a couple's life, depending on the type of relationship previous to the mastectomy, as well as the way the partner accepts the physical changes in the woman.

The guiding question was “What's the impact of a mastectomy in women's sexuality?” and had as goals detecting the changes that occur in the sexual life of mastectomized women and contribute to the improvement of care to mastectomized women.

The sample in study is made up of 20 women enrolled in a USF, belonging to Maia's ACES. In order to give an answer to the investigative question and the outlined objectives, there was developed a quantitative study, descriptive and transversal, through a questionnaire application.

In the presente study, it was possible to conclude that for the majority of women inquired, their sexuality hasn't suffered any significant changes.

Has for the contribution of nurses in the education of the women and the couple, in what refers to the sexuality, it is possible to conclude that not all couples/women have had the opportunity to discuss this subject with health care professionals. Only 30% of the inquired women spoke about the matter with a multidisciplinary team, being that more than half of this same sample thinks that they are not prepared to counsel couples in their sex life after surgery.

With the concretization of this study, it was found that Nursing staff assume a role of extreme importance in the matter of following these women. They should meet the specific needs of the patient, contributing to diminish the difficulties of the women in accepting the disease, always promoting life quality of these.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha filha, que nasceu a meio de
um sonho, por ser um sonho ainda maior.

Agradecimentos

Ao aproximar-se a recta final de um longo percurso académico, é necessário fazer alguns agradecimentos.

Em primeiro lugar, aos meus pais, que sempre estiveram presentes, sempre me apoiaram incondicionalmente e acima de tudo, agradeço por todos os sacrifícios que fizeram para que eu pudesse hoje estar a concluir este sonho. Por isso, obrigado do fundo do coração, Mãe e Pai.

Agradeço ao meu irmão, cunhada e sobrinhos, por me darem todo o apoio do mundo em alturas menos fáceis, por terem toda a paciência do mundo para comigo e por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Agradeço a todos os meus amigos em geral, vocês sabem quem são, mas não posso deixar de referir alguns.

Agradeço à minha amiga Ana Sofia Leandro, por todos os momentos ao longo do percurso académico, e por toda a ajuda durante a realização deste projecto. É, sem dúvida, um pilar e uma fonte de força. Nunca vou esquecer tudo o que passamos juntas. Obrigado.

Agradeço à minha irmã de coração, Flávia Pereira, por todos os momentos, por todos os sorrisos, lágrimas, gargalhas que demos juntas e por todo o apoio. Obrigado por seres quem és e por seres tão importante na minha vida.

À Universidade Fernando Pessoa, que me recebeu e tornou possível a realização da minha Licenciatura.

À Professora Manuela Guerra por ter aceite ser a minha orientadora neste projeto. Obrigado pela disponibilidade e acompanhamento.

A todos os docentes que fizeram parte do meu percurso académico, por me terem transmitido os valores e conhecimentos necessários à profissão de Enfermagem.

À USF que me acolheu, pela ajuda e apoio durante a recolha de dados.

À Enf^a Lígia Cruz, que foi uma pessoa que me marcou imenso o meu percurso académico. Uma excelente pessoa e uma enfermeira fantástica, sem dúvida, um exemplo a seguir. Obrigado por tudo.

Por fim, dedico este trabalho, com todo o meu coração, as mulheres mastectomizadas, principalmente as que se disponibilizaram para participar neste estudo.

Um muito obrigado a todos.

Siglas e abreviaturas

Cin in – Citado em

p. - Página

Et al. – E outros

DGS – Direcção Geral de Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

POP - Portal de Oncologia Português

SPS –Sociedade Portuguesa de Senologia

Índice

0. Introdução	18
I. Fase Conceptual	20
1. Questões de Investigação	20
2. Objetivos do Estudo	20
3. Revisão da teoria do Cancro da Mama	21
i. Anatomia da Mama	22
ii. Cancro da Mama	23
ii.i. Etiologia do Cancro da Mama	24
ii.ii. Epidemiologia do Cancro da Mama	25
ii.iii. Factores de Risco	25
ii.iv. Prevenção do Cancro da Mama	27
ii.v. Tratamento do Cancro da Mama	27
iii. Mulher Mastectomizada	31
iii.i. Alterações a nível Psicológico	32
iii.ii. Alterações a nível Físico	33
iii.iii. Alterações a nível Familiar	34
iii.iv. Alterações a nível Social	35
iv. Sexualidade na Mulheres Mastectomizadas	35
v. O Enfermeiro e a Mulher Mastectomizada	37
vi. Resultados de estudos sobre a sexualidade na Mulher Mastectomizada ...	38

II.	Fase metodológica	40
1.	Princípios Éticos	40
2.	Tipo de Estudo	42
3.	Meio de Estudo	43
4.	População	43
5.	Método de Amostragem	43
i.	Amostra	44
6.	Variáveis	44
i.	Identificação da Variáveis	44
7.	Instrumento de Colheita de Dados	45
i.	Pré-Teste	45
8.	Tratamento dos Dados	46
III.	Fase Empírica	47
1.	Análise dos dados e Interpretação dos Resultados	47
i.	Caracterização da Amostra	47
ii.	Caracterização do Estudo	51
2.	Discussão dos Resultados	67
IV.	Conclusão	72
V.	Bibliografia	74

Anexos – Questionário / Autorização para Colheita de Dados / Cronograma

Índice de figuras

Figura 1 – Anatomia da mama	22
-----------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo intervalos de idades (em anos)	47
Quadro 1.1 – Estatística descritiva relativa à idade (em anos)	47
Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a escolaridade ...	48
Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual segundo a profissão	49
Quadro 4 – Tratamento às respostas segundo a alteração da vida após a mastectomia..	52
Quadro 5 – Tratamento às respostas segundo a alteração na relação com outros	53
Quadro 6 – Tratamento às respostas segundo a alteração na relação com o companheiro.....	54

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil (antes da mastectomia) ...	48
Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil (após a mastectomia)	49
Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto ao número de filhos	50
Gráfico 4 - Distribuição da amostra quanto ao ano de descoberta da doença	50
Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto ao tratamento realizado	51
Gráfico 6 - Distribuição da amostra quanto à reconstrução mamária	51
Gráfico 7 - Distribuição da amostra quanto à alteração da vida após a cirurgia	52
Gráfico 8 - Distribuição da amostra quanto à alteração da relação com os outros	53
Gráfico 9 - Distribuição da amostra quanto à alteração com o companheiro	54
Gráfico 10 - Distribuição da amostra quanto à importância da mama na sensualidade.....	55
Gráfico 11 - Distribuição da amostra quanto à sensualidade após a cirurgia	55
Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à imagem corporal após a cirurgia	56
Gráfico 13 - Distribuição da amostra quanto à dificuldade em despir-se em frente ao companheiro	56

Gráfico 14 - Distribuição da amostra quanto à alteração do modo de viver a sexualidade.....	57
Gráfico 15 - Distribuição da amostra quanto à diminuição do apetite sexual	57
Gráfico 16 - Distribuição da amostra quanto à diminuição do número de relações sexuais	58
Gráfico 17 - Distribuição da amostra quanto à recusa em relacionar-se sexualmente por vergonha	58
Gráfico 18 - Distribuição da amostra quanto ao prazer nas relações sexuais	59
Gráfico 19 - Distribuição da amostra quanto ao desconforto nas relações sexuais	59
Gráfico 20 - Distribuição da amostra quanto ao medo de ser tocada	60
Gráfico 21 - Distribuição da amostra quanto ao interesse do companheiro após a cirurgia	60
Gráfico 22 - Distribuição da amostra quanto a novas formas de sexo	61
Gráfico 23 - Distribuição da amostra quanto a importância da sexualidade	61
Gráfico 24 - Distribuição da amostra quanto a alteração do modo de vestir	62
Gráfico 25 - Distribuição da amostra quanto a dificuldade em sair de casa	62
Gráfico 26 - Distribuição da amostra quanto a expor o seu corpo	63
Gráfico 27 - Distribuição da amostra quanto ao apoio do companheiro	63

Gráfico 28 - Distribuição da amostra quanto à influência do apoio recebido e a sexualidade	64
Gráfico 29 - Distribuição da amostra quanto à comunicação com o parceiro acerca da sexualidade	64
Gráfico 30 - Distribuição da amostra quanto aos aspectos discutidos pelos profissionais de saúde em relação à sexualidade	65
Gráfico 31 - Distribuição da amostra quanto à partilha de vivências com outras mulheres na mesma situação	65
Gráfico 32 - Distribuição da amostra quanto à informação comunicada	66
Gráfico 33 - Distribuição da amostra quanto à preparação dos profissionais de saúde para orientar os casais na vida sexual	66
Gráfico 34 - Distribuição da amostra quanto à capacidade sobre o assunto com outras pessoas	67

I. Introdução

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina Projecto de Graduação na Universidade Fernando Pessoa.

Como alunos de enfermagem, confrontamo-nos regularmente com dificuldades e questões de várias ordens. Nesta perspectiva, uma investigação inicia-se quando encaramos com uma ou mais áreas sentidas como problemáticas. A investigação permite adquirir e renovar conhecimentos, o que no fundo contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A investigação científica é, em primeiro lugar, um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (Fortin, 2000, p.17)

O tema deste trabalho é “A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas” e teve como objectivos detectar as modificações ocorridas na vida sexual das mulheres mastectomizadas, contribuir para a melhoria de cuidados prestadas pelos profissionais de Enfermagem à mulher mastectomizada.

A questão formulada foi **“Qual o impacto causado pela mastectomia na sexualidade das mulheres mastectomizadas?”**

De acordo com o autor Oliveira (2004), podem surgir alterações positivas ou negativas na vida do casal, podendo estar relacionadas com o tipo de relacionamento antes da mastectomia, e também na forma como o parceiro aceita a alteração física da mulher.

Desta forma, pretende-se perceber de que forma as mulheres vivenciam este tipo de experiência, principalmente após a cirurgia, querendo avaliar de que forma a mastectomia modificou as suas vidas, sobretudo a nível físico, psicológico, familiar e social. Tentar, também, compreender o impacto que a mastectomia teve na sua vida sexual e na relação que estabeleceu com o seu companheiro, familiares e amigos.

Para dar resposta a questão de investigação e aos objectivos traçados, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Para a elaboração de colheita de dados, foi aplicado um questionário, durante o mês de Junho.

Este estudo encontra-se dividido por partes, todas elas assumindo igual importância. São elas:

- ✓ A Fase Conceptual, onde se aborda a questão de partida e objectivos bem como a revisão bibliográfica do tema;
- ✓ A Fase Metodológica, que demonstra a metodologia de investigação utilizada no estudo;
- ✓ A Fase Empírica, onde são apresentados os resultados obtidos, analisados e discutidos.

Com a realização deste estudo, conclui-se, através dos resultados obtidos, que a maior parte das mulheres mastectomizadas inquiridas não alteraram a sua forma de viver a sexualidade devido à mastectomia, embora refiram que tem de existir um período de adaptação e introspecção pessoal.

II. Fase Conceptual

Para Fortin (1999, p.39),

Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.

1. Questão de Investigação

Fortin (1999, p.48) refere que,

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Deste modo, o problema de investigação deve ser pertinente para a prática profissional, deve contribuir para a aquisição de novos conhecimentos e deve ser actual, isto é, deve ser uma interrogação dos dias de hoje.

Assim sendo, formulou-se a seguinte questão de investigação:

“Qual o impacto causado pela mastectomia na sexualidade das mulheres mastectomizadas?”

2. Objectivos de Estudo

Segundo Fortin (1999, p.100) “o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação”.

Ao desenvolver o problema de pesquisa é necessário elaborar os objectivos que se pretende atingir com a realização da investigação.

Deste modo, e tendo em conta o tema da pesquisa: saber o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres mastectomizadas, foram traçados os seguintes objectivos:

- Identificar alterações na vida das mulheres após a mastectomia;
- Identificar barreiras que as mulheres mastectomizadas encontraram após a mastectomia;
- Compreender os objectivos descritos anteriormente e contribuir para a melhoria dos cuidados às mulheres mastectomizadas.

3. Revisão da teoria do Cancro da Mama

A revisão bibliográfica é um processo no qual o investigador elabora uma consulta crítica e reflexiva de todo um conjunto de publicações pertinentes sobre um mesmo tema, em que o resumo desses documentos fornecem o material essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 1999).

Neste estudo, a revisão bibliográfica encontra-se dividida nas seguintes partes:

- ✓ Anatomia da Mama – breves conceitos
- ✓ Cancro da Mama – etiologia, factores de risco, prevenção, tipos de tratamento
- ✓ Mulher Mastectomizada – alterações a nível psicológico, a nível físico, a nível familiar, a nível social
- ✓ O enfermeiro e mulher Mastectomizada

i. Anatomia da Mama

Segundo o Portal de Oncologia Português, as mamas são glândulas secretoras e estão situadas diante dos músculos peitorais que, por sua vez, cobrem as costelas. A mama feminina é constituída por lóbulos, ductos e estroma. Cada mama encontra-se dividida em 15 a 20 secções, os chamados lobos. Por sua vez, os lobos são constituídos por muitos lóbulos, mais pequenos; é aqui que se encontram as células que produzem o leite. O leite flui dos lóbulos, até ao mamilo, através de uns canais finos, os ductos – galactóforos. Entre os lóbulos e separando a glândula da pele e da parede torácica está o estroma, constituído por tecido adiposo (gordura) e tecido conjuntivo que rodeia e suporta os ductos, lóbulos, vasos sanguíneos e linfáticos. O mamilo situa-se no centro da aréola (habitualmente mais escura que o resto da pele da mama).

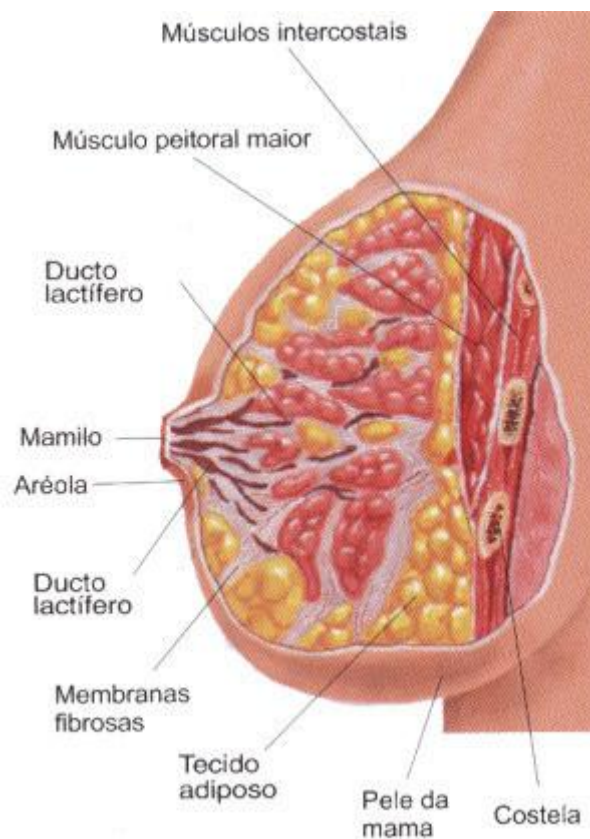


Figura 1 – Breves conceitos da anatomia da mama

Fonte: CLINIMATER, 2003 [<http://www.ebah.com.br/>]

A mama tem, ainda, vasos sanguíneos que transportam o sangue e vasos linfáticos, que transportam a linfa. Os vasos linfáticos terminam nos gânglios linfáticos (órgãos pequenos e arredondados). Na região da mama, existem vários grupos de gânglios linfáticos: nas axilas (debaixo do braço), acima da clavícula e no peito (atrás do esterno); existem, ainda, gânglios linfáticos em muitas outras partes do corpo. A principal função dos gânglios linfáticos é "prender" e reter “substâncias estranhas” ao nosso organismo que circulem no sistema linfático, como as bactérias, as células cancerosas ou outras substâncias estranhas. Funcionam como se fossem pequenos filtros. Quando as células de cancro da mama entram no sistema linfático, podem ser encontradas nos gânglios linfáticos na região da mama (gânglios regionais) e detectadas através de exames específicos.

ii. Cancro da Mama

Segundo Phipps (2008), “o cancro foi reconhecido em tempos antigos por observadores experientes que lhe deram o nome de *cancro* (do latim *cancri*, caranguejo), por se espalhar em muitas direcções, como as patas de um caranguejo”.

“O cancro não é uma doença única com apenas uma causa, mas antes um grupo de enfermidades diversas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos, afectando os seres humanos onde quer que vivam e seja qual for a sua raça, cor, passado cultural ou situação económica”. (Phipps et al, 2008).

Ainda segundo o mesmo autor, o cancro da mama é uma doença que afecta profundamente o equilíbrio físico e emocional da mulher, não só por se considerada uma sentença de morte, mas também por provocar alterações na imagem corporal que causa na maioria das vezes, sentimentos de perda e mutilação.

Segundo a DGS (2003, p.7), o cancro da mama é “uma neoplasia maligna, que tem origem em células anormais dos tecidos da mama”.

Ainda segundo a DGS, o cancro da mama pode ser:

- Invasivo, quando as células cancerígenas se estendem à região em volta do foco maligno inicial ou às distâncias.
- Não invasivo, também chamado *in situ*, quando as células cancerígenas ainda não alastraram.

O POP diz que,

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve nas células do tecido mamário. Quando as células tumorais “entram” nos vasos linfáticos ou nos vasos sanguíneos, passam à circulação, disseminam-se e poderão “colonizar” outros órgãos, mesmo à distância – metástases. Quando não é diagnosticado a tempo, o tumor pode “espalhar-se” (metastizar) pelo organismo, tornando o seu “combate” bastante mais complexo.

De acordo com Phipps (2008), o cancro da mama na mulher implica quase sempre uma mastectomia. Dependendo do tamanho do tumor, do estado da doença, do tipo de corpo da doente e das preferências desta, é necessário remover tecido mamário.

ii.i. Etiologia do Cancro da Mama

Ainda não existem causas concretas para o cancro da mama. Provavelmente não se trata apenas de uma causa mas de um conjunto de associações que vão determinar o aparecimento da doença. No entanto, existem alguns factores de risco, que já foram identificados e que podem estar associados ao risco aumentado para ter cancro da mama. O cancro da mama não é uma doença contagiosa, ou seja, não se “apanha” a doença de outra pessoa. (POP).

Segundo Phipps (2008), continua por conhecer a causa subjacente do cancro da mama, mas já foram identificados alguns factores de risco.

De acordo com o que diz Phipps e Mora (1999, *cit in* Barros, 2008), “a etiologia de cancro da mama é desconhecida. Porém, existe vários estudos epidemiológicos e clínicos que relacionam o seu desenvolvimento a determinados factores”.

ii.ii. Epidemiologia do Cancro da Mama

Em Portugal, de acordo com o POP, surgem aproximadamente 4.500 novos casos de cancro da mama por ano.

Segundo a DGS, no que diz respeito ao Continente, em 2003, tínhamos 28,7% de taxa de mortalidade por 100 mil habitantes e, em 2005, 26,9%. Relativamente à zona Norte, tínhamos 22 por 100 mil habitantes, em 2003, e 19,8, em 2005. Bragança mostra já aqui uma diminuição bastante acentuada: 25 de taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, em 2003. Em 2005 baixámos para 17,4%. É uma descida mais acentuada do que na região Norte e no Continente. Isto traduziu-se em número de óbitos: em 2003, 19 mulheres morreram de cancro da mama. Em 2005, 13 óbitos.

De acordo com Phipps (2008), “a incidência do cancro da mama continua a aumentar, em parte devido ao aumento da esperança de vida da população e, por outro lado, ao aperfeiçoamento da tecnologia de diagnóstico. As taxas de mortalidade associadas ao cancro da mama mantiveram-se relativamente estáveis entre 1950 e finais de 1980. Desde 1989, a taxa de mortalidade por cancro da mama tem diminuído anualmente”.

Estudos recentes mostram que o cancro da mama é, sem dúvida, um problema de saúde pública que atinge principalmente a mulher. Por ano, em Portugal, surgem cerca de 4.500 novos, ou seja, 11 por cada dia. (SPS, 2008)

ii.iii. Factores de Risco

Segundo Ogden (2004, *cit in* Barbosa, 2008, p.26), “os factores de risco reconhecidos mundialmente, não se verificam como condição necessária nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama, isto é, podem ou não estar presentes”.

A causa concreta do cancro da mama continua por descobrir, mas já existem alguns factores referenciados como factores de risco (Phipps, et al, 2008), abaixo descritos:

- Sexo feminino: 99% do cancro da mama ocorre em mulheres e apenas 1% em homens;
- Antecedentes familiares do cancro da mama: o risco duplica ou triplica, dependendo da proximidade do familiar, e ainda, se o cancro foi bilateral ou não;
- Antecedentes pessoais do cancro da mama: o risco de desenvolver o cancro da mama é 5 vezes superior;
- Idade <40 anos: a incidência aumenta com a idade (atingindo o seu máximo na quinta década de vida);
- Menarca precoce/menopausa tardia: o risco de cancro da mama aumenta em função do aumento entre a menarca e a menopausa;
- Nulípara ou primeiro filho após os 30 anos: na mulher nulípara o risco é tão elevado, quanto o da mulher primípara perto, ou após os 30 anos;
- Dieta: dados recolhidos sobre estudos em animais, sugerem que uma dieta rica em gorduras comporta um maior risco para o desenvolvimento do cancro da mama;
- Obesidade: tem sido referido como estando associado a um risco acrescido de desenvolvimento do cancro da mama;
- Exposição a radiação ionizante: especialmente se expostas em idade jovem.

Ainda não estão definidas as causas do cancro da mama, no entanto existem alguns factores de risco, já descritos anteriormente, que podem ou não estar relacionados com o aparecimento da doença, isto é, um indivíduo que esteja exposto a um determinado factor de risco, não tem que necessariamente ficar doente, no entanto, quando expostos adquirem uma maior probabilidade do aparecimento da doença.

ii.iv. Prevenção do Cancro da Mama

A melhor maneira de prevenir o cancro da mama, ou diminuir, será através do diagnóstico e tratamentos precoces, e para que isto seja possível a mulher deve fazer mamografia e a auto-exame da mama periodicamente.

Recentemente, um estudo norte-americano defendeu que o início do rastreio do cancro da mama, através da realização de mamografias, apenas deveria iniciar-se aos 50 anos e com periodicidade de dois em dois anos, em vez de ser feito anualmente. No entanto, um outro estudo realizado na Escandinávia põe em causa a eficácia do rastreio imagiológico populacional (Sociedade Portuguesa de Senologia).

De acordo com a *American Cancer Society* (ACS) (*cit in* Phipps, 2008, p.1808), recomenda o auto-exame da mama com periodicidade de mês a mês, enquanto método de detecção precoce.

ii.v. Tratamento do Cancro da Mama

Cada vez mais é importante os profissionais de saúde incentivarem as mulheres a terem um papel activo na participação e decisão do tratamento que mais se adequa à sua situação. Para que tal aconteça, é fundamental que tenham conhecimentos de todos os tratamentos possíveis, para que possam participar, mas completamente esclarecidas.

De acordo com Phipps (2008),

Feito o diagnóstico definitivo de cancro da mama, há que explicar cabalmente as alternativas de tratamento. A maioria das doentes, nesta situação, já tem algum conhecimento do cancro da mama, seja através dos órgãos de comunicação social ou através de amigas ou parentes que tiveram cancro da mama. (...) Os aspectos económicos também pesam nas decisões quanto ao tratamento. Se a doente tiver seguro de saúde, geralmente este cobre os custos da mastectomia e da cirurgia reconstrutiva da mama.

Segundo o Portal de Oncologia Português, as opções de tratamento do cancro da mama, dependem do estado da doença, bem como de outros factores, como sejam:

- Dimensão do tumor, relativamente à dimensão da sua mama;
- Resultado dos testes laboratoriais;
- Situação relativa à menopausa;
- Estado geral de saúde da pessoa.

É de extrema importância que o enfermeiro, juntamente com o médico, informe a doente dos tratamentos existentes e tudo o que está associado a cada tipo de tratamento, assim como incluir a família e o companheiro, para que a doente se sinta mais apoiada na escolha do tratamento. Deve ser permitida uma escolha informada do tratamento.

Tratamento Cirúrgico

Segundo a DGS (2003), segundo cada caso poderá dividir-se em:

- Cirurgia Conservadora (Tumorectomia ou Quadrantectomia):

Consiste em retirar o tumor e tecido mamário envolvente (tumorectomia) com margem de segurança, ou retirar todo o quadrante onde se encontre o tumor (quadrantectomia). Associa-se a linfadenectomia axilar (extrair os gânglios linfáticos da axila do lado afectado).

- Cirurgia Radical (Mastectomia):

Nesta cirurgia retira-se toda a mama que estiver afectada pelo tumor e, ainda, os gânglios linfáticos da axila do lado afectado.

Quimioterapia

Segundo a DGS (2003), a quimioterapia consiste,

Na administração de medicamentos, sob a forma de injeções ou comprimidos, destinados a destruir as células que já estão afectadas, e que podem circular por todo o organismo, bem como a impedir o aparecimento de novas células cancerígenas.

Na opinião de Bonassa (1996, p.279), a quimioterapia consiste.

No emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. São drogas que actuam a nível celular interferindo no seu processo de crescimento e divisão. A maioria dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, ou seja, não destrói selectiva e exclusivamente as células tumorais. Em geral, são tóxicos aos tecidos de rápida proliferação caracterizados por uma alta actividade mitótica e ciclos celulares curtos.

Ainda segundo Bonassa (1996), o autor ainda defende que a medicação antineoplásica actua essencialmente em células que estão em rápido processo de divisão, isto é, são mais eficazes quando actuam sobre um tumor ainda pequeno e que se encontra em crescimento exponencial.

No Portal de Oncologia Português, diz também que,

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos para tentar eliminar as células tumorais que possam existir no organismo mesmo que não tenham sido detectadas com os exames que utilizamos para estadiamento. Regra geral, a quimioterapia para o cancro da mama é constituída por uma associação de fármacos.

Os fármacos podem ser orais ou endovenosos, sendo que a maioria das pessoas com cancro da mama fazem quimioterapia em regime ambulatorio. (Portal de Oncologia Português)

Radioterapia

A DGS (2003), afirma que a radioterapia baseia-se na aplicação de radiações para destruir células tumorais e incidem sobre a área do tumor.

A radioterapia, recorre à utilização de radiações para eliminar as células tumorais. A radioterapia pode ser utilizada em diferentes situações. Depois de uma cirurgia conservadora da mama, faz-se sempre radioterapia; por vezes, dependendo da dimensão do tumor e de outros factores (número de gânglios com células do tumor na axila), a radioterapia também pode ser feita depois da mastectomia. Adicionalmente, a radioterapia pode ser feita antes da cirurgia, para tentar diminuir o tamanho do tumor.

Para tratar o cancro da mama, os médicos usam dois tipos de radioterapia:

- Radiação externa: neste caso, a radiação provém de uma máquina e a administração é sempre feita num hospital ou clínica. Regra geral, os tratamentos são realizados durante 5 dias por semana, durante várias semanas.
- Radiação interna (radiação por implante ou braquiterapia): a radiação provém de material radioactivo contido em finos tubos de plástico, colocados directamente na mama, e aí permanecem durante vários dias. Para fazer este tipo de radiação, a doente fica no hospital. Os implantes são retirados antes de ter "alta" e ir para casa.

“Algumas mulheres com cancro da mama fazem os dois tipos de radioterapia”. (Portal de Oncologia Português).

“A radioterapia, ou terapêutica por radiações, consiste na utilização de raios altamente energéticos para matar as células cancerígenas”. (Instituto Português de Oncologia)

Hormonoterapia

Para o normal “funcionamento” e desenvolvimento do nosso organismo, existem hormonas “naturais” que, no caso da mulher, são os estrogénios e a progesterona. Na presença de um cancro da mama, também as células tumorais recorrem a estas hormonas para se desenvolverem. Nestes casos, a administração de terapêutica hormonal – hormonoterapia – impede que as células cancerosas “tenham acesso” a estas hormonas. No entanto, para que a terapêutica hormonal possa exercer o seu efeito, é necessária a presença de receptores para os estrogénios e/ou progesterona; a avaliação relativa à presença ou não de receptores hormonais é feita através de testes laboratoriais. Se for confirmada a presença de receptores hormonais no cancro da mama, diz-se que o tumor é “positivo para os receptores hormonais” e, nesse caso, pode fazer terapêutica hormonal. Tal como a quimioterapia, a terapêutica hormonal pode afectar e atingir as células de todo o organismo, pois tem actividade sistémica. Na terapêutica hormonal recorre-se à utilização de medicamentos; no entanto, o mesmo efeito pode ser conseguido recorrendo a uma cirurgia:

- Medicamento: o médico pode sugerir fármacos que bloqueiem a acção dos estrogénios, através do bloqueio dos receptores de estrogénios e, ainda, fármacos que impeçam o organismo de produzir estrogénios.
- Cirurgia: quando a mulher ainda não está na menopausa, poderá fazer uma cirurgia para remoção dos ovários, uma vez que os ovários são a principal fonte de produção de estrogénios do organismo. Depois da menopausa, esta produção diminui naturalmente, não sendo necessária a cirurgia (Portal de Oncologia Português).

Segundo a DGS (2003), a hormonoterapia consiste na “administração de comprimidos hormonais, os quais, normalmente, não causam efeitos colaterais”.

iii. Mulher Mastectomizada

De acordo com os autores, Jerónimo e Henriques (2002, *cit in* Barbosa, 2008,p.36),

Maioria das mulheres considera que o cancro da mama é a pior coisa que lhes poderia ter acontecido, pelo que vivem sentimentos de tristeza, desespero, raiva, inúmeros medos, dos quais se destacam o medo de morrer, o medo de perder a força, o medo da impossibilidade de ter relações sexuais, o medo de não desempenhar o seu papel laboral e sentimentos de culpabilização, relacionados com a não detecção do nódulos precocemente.

Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual (Talhaferro et al, 2007).

Autores e autoras como Hopwood et al (1993, *cit in* Barros, 2008),

Referem que o primeiro ano, após a mastectomia, é um período especialmente crítico, no que respeita à adaptação destas mulheres à sua nova situação. Não esquecer que é justamente nesta fase, para além do aspecto traumático da cirurgia recente, que está normalmente associado o tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonoterapia.

O autor anterior ainda refere que é nesta fase da doença que a mulher recorre mais vezes ao hospital, pois é a altura em que sente mais necessidade de ser apoiada.

iii.i. Alterações a nível Psicológico

Nunes e Neves (1997, *cit in* Amorim, 2007, p.52), identificaram três tipos de reacção à mastectomia tais como: a apreensão, a rejeição e negação.

Ainda segundo a mesma autora, para além do sofrimento físico, a doente, psicologicamente, vê-se confrontada com o medo da dor, da perda e da morte; alguns dos sentimentos expressos são de fadiga, ansiedade, tristeza, culpabilidade, solidão e insegurança/incerteza.

Afirmam também os autores, Jerónimo e Henriques (2002, *cit in* Barbosa, p.39) que “a mulher mastectomizada sofre várias alterações psicológicas que, associadas ao temor causado pela própria doença, originam sentimentos de impotência sobre algo que foge do seu controle”.

O impacto psicológico da doença nos doentes oncológicos causa profundas alterações nas suas vidas, e o seu psicológico assemelha-se a uma depressão.

iii.ii. Alterações a nível Físico

A sociedade actual criou um padrão de beleza no qual os indivíduos têm de se enquadrar, foi atribuído à imagem corporal uma importância extrema. Como já foi referido anteriormente, a mastectomia é um procedimento muito utilizado no tratamento do cancro da mama. Para as mulheres mastectomizadas, a cirurgia significa mutilação e compromete a integridade física. A mulher vê-se obrigada a aceitar as alterações físicas e esperar que os outros aceitem também.

Payne et al. (1996) afirmam que “as alterações provocadas pelos tratamentos, principalmente pela quimioterapia potenciam, nestas mulheres a sensação de mutilação e de se sentirem diferentes em relação às outras mulheres”.

Oliveira (2004) refere que,

A mastectomia invade a mulher no seu todo, como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual, porém, há um aspecto crucial que está na base da maior parte dos problemas inerentes à intervenção cirúrgica, que é a alteração da imagem corporal.

Lo Castro (1998, *cit in* Oliveira., 2004) afirma que as mulheres após a cirurgia sentem-se completamente insatisfeitas em relação ao seu corpo despido.

Segundo os autores Nunes e Neves (1997, *cit in* Barros, 2008), referem que “as mulheres mastectomizadas se sentem vazias do lado operado. A maioria referiu que, quando se olhava ao espelho, achava que o que via era muito feio e/ou estava feio”.

Estes dois autores referem ainda que nas mulheres em que a perda do seio era perceptível, verificou-se que estas não se sentiam à vontade quando vestiam determinadas peças de roupa. Eliminaram do seu guarda-vestidos, peças de roupa em que se sentissem demasiado expostas.

De acordo com o que os autores Nunes e Neves referiram, Talhaferro et al, (2007) também diz que a perda da mama faz a mulher sentir dificuldades em expressar sua intimidade e em seleccionar roupas, evitando vestir roupas ou praticar determinadas actividades em que o seu corpo possa estar mais exposto.

A mastectomia altera a imagem corporal da mulher, levando-as a ter uma visão da sua imagem negativa, pelo que é muito importante aprenderem a lidar com o seu corpo, assim como todos os que as rodeiam.

iii.iii. Alterações a nível Familiar

Segundo Phipps (2008, p. 525), “poucas doenças causam tanta ansiedade e apreensão como o cancro. O seu impacto fisiológico e psicológico nos doentes e família causa profundas alterações nas suas vidas”.

O cancro da mama quando surge, não é apenas para a mulher que se encontra doente, mas estende-se a todas as pessoas que a rodeiam, familiares, amigos, todos vivenciam a doença.

De acordo com Ferreira (2004, *cit in* Barros, 2008), “o doente com cancro evidencia grandes dificuldades nas relações interpessoais, designadamente com a própria família. Ainda segundo a mesma autora mostra que parece haver uma correlação positiva entre a qualidade das relações interpessoais do doente e a sua capacidade para lidar com a doença”.

Segundo os autores Pereira e Lopes (2002), tal como o doente, a família também vivencia a situação como se fosse em si mesmos. Em algumas situações o aparecimento da doença oncológica aproxima a família, em outras situações afasta, mas em nenhuma das situações ficam indiferentes face a este novo problema.

Ainda segundo os mesmos autores, a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada família encontra o seu próprio estilo de

comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade.

O doente oncológico necessita de se adaptar a esta nova realidade, assim como a sua família também, se tiverem o apoio uns dos outros, este processo torna-se mais simples.

iii.iv. Alterações a nível Social

Segundo Pereira e Lopes (2002),

O doente tem de se adaptar e adquirir novas competências ao longo de todo o processo. Isto implica muitas vezes ajustamentos sociais significativos, como é o caso da interrupção da actividade profissional, e consequentemente do acréscimo das dificuldades económicas.

A reinserção social da mulher deve ser feita o mais breve possível, para que esta se sinta novamente integrada e aceite pelas pessoas que a rodeiam, segundo Otto (2000).

O cancro vem alterar rotinas, hábitos, assim como papéis. Por vezes, a mulher sente-se impossibilitada de fazer coisas que antes fazia, e é um dos elementos da família ou até mesmo amigos, que assumem alguns papéis que antes pertenciam à pessoa em questão.

iv. Sexualidade

Segundo a OMS,

A sexualidade é uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamento e, por isso, influencia também a saúde física e mental.

Avis et al. (2004, *cit in* Manganiello, 2008), afirma que as alterações que ocorrem em relação à imagem corporal e ao desejo sexual afectam as mulheres no que diz respeito à

relação conjugal, mesmo quando estas não tinham qualquer tipo de conflito com os seus companheiros no relacionamento.

Sertöz et al (2004, *cit in* Manganiello, 2008), refere que “a mastectomia, sobretudo a total, provocou impacto negativo sobre a forma como as mulheres se perceberam a si mesmas e ao seu corpo”.

Segundo Talhaferro et al. (2007), mesmo quando existe uma vida sexual satisfatória antes da doença, factores tais como o stress, a dor, a fadiga, a alteração da imagem corporal e a diminuição da auto-estima, após o aparecimento do cancro da mama, podem alterar o funcionamento da vida sexual do casal.

Oliveira (2004), refere que,

A mastectomia pode despertar uma serie de sentimentos ao nível da sexualidade, podendo haver ausência de alterações a nível do relacionamento sexual, como alterações positivas e alterações negativas; estando relacionadas com o tipo de relacionamento anterior à mastectomia e tendo como ponto crucial a atitude do parceiro sexual, que funcionam nalguns casos como factor facilitador e noutros como factor dificultador.

O prazer sexual é essencial para que tudo se mantenha como antes da cirurgia, para que o casal se sinta bem um com o outro, para isso é necessário que haja comunicação entre o casal, de forma clara e aberta, expondo dúvidas e medos.

Ainda de acordo com Talhaferro et al (2007), a comunicação entre os cônjuges é também um factor preponderante durante o decorrer da doença, pois sem ela é difícil aguentar a vida do casal. É fundamental que o parceiro esteja presente em todas as fases do tratamento, para que a mulher se sinta não só apoiada como também compreendida.

De acordo com Oliveira (2004), pode-se constatar que a atitude do marido/companheiro, em todas as fases após a remoção do seio, é um factor que interfere na relação da mulher com o seu corpo, e na forma como vive a sua sexualidade. Isto é, a forma como a mulher encara esta nova fase a nível sexual,

depende muito do acompanhamento e apoio que tem do seu parceiro, quanto mais unidos estiverem mais simples será ultrapassar esta fase. E a própria atitude do companheiro face à mastectomia, irá influenciar na relação da mulher com o seu novo corpo.

v. O enfermeiro e a Mulher Mastectomizada

O papel do enfermeiro perante a mulher mastectomizada é de extrema importância tanto no pré-operatório, aquando da decisão do tratamento e do esclarecimento de dúvidas, bem como no pós-operatório.

Desde o primeiro contacto com a mulher, é importante que o enfermeiro vá fazendo uma avaliação progressiva, não só do tipo de pessoa que tem à frente, mas sobretudo dos sentimentos, medos e necessidades da pessoa, bem como saber qual é o significado do diagnóstico e da remoção do seio para a mulher.

“É necessário que a mulher partilhe os seus sentimentos pois é importante que o enfermeiro estabeleça um tipo de relação que contemple a escuta activa”. (Oliveira, 2004).

No pós-operatório, o enfermeiro deve proporcionar o conforto físico e prevenir complicações, deve tranquilizar o doente e acompanhar a doente no processo de luto, provocado pela amputação de um membro.

Segundo Phipps (2008), “o enfermeiro deve tranquilizar a doente de que dar expressão ao luto é um comportamento natural, aceite e compreendido por todo o pessoal, e que é terapêutico para a doente”.

Ainda segundo este autor (2007), o enfermeiro deve garantir de que todas as pessoas do núcleo familiar estejam conscientes do processo de luto, pelo qual a mulher vai passar após a cirurgia, e incentiva-los a apoiar a doente durante o tempo que for necessário.

O enfermeiro tem que perceber qual é o sentimento da mulher mastectomizada perante a perda da mama, para trata-la como um todo. Tem, também, que ter consciência dos seus sentimentos, o enfermeiro acima de tudo é um ser humano com sentimentos e opiniões, tem que aprender a gerir esses sentimentos para conseguir prestar os cuidados adequados a estas mulheres.

O enfermeiro deve cuidar da mulher de um modo holístico, deve incluir a família/pessoas importantes nos cuidados a prestar e no apoio à mulher, e deve ter consciência que os familiares também podem necessitar dos cuidados de enfermagem, pois como foi referido anteriormente, o cancro não atinge apenas a mulher, mas sim, todas as pessoas que a rodeiam, familiares, companheiro, amigos.

Segundo Phipps (2008), “o enfermeiro deve abordar questões de qualidade de vida com a doente e sua família, e desenvolver estratégias para apoiar cada membro da família a lidar com a doença”.

De acordo com Oliveira (2004),

O enfermeiro, como agente de informação/formação, não deverá também descurar aspectos relacionados com as necessidades da índole sexual, uma vez que a mulher mastectomizada, sobretudo a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste âmbito. Este assunto é, normalmente de difícil abordagem, tanto para a mulher, como para o enfermeiro e os profissionais de saúde em geral, pelo que a avaliação da função sexual é muitas vezes omitida.

O enfermeiro sendo o profissional de saúde mais próximo da doente, o que se encontra na linha da frente, deve colaborar não só na recuperação física, como psicológica e não existe técnico mais bem preparado do que um enfermeiro para ajudar as mulheres mastectomizadas a ultrapassar esta fase tão complicada. E a mulher deve continuar a ser acompanhada mesmo após a alta, e a acima de tudo a sentir-se mulher.

vi. Resultados de estudos sobre a sexualidade na Mulher Mastectomizada

De acordo com Moniz, na Revista de Enfermagem Referência (2011),

O estudo revelou ainda que a alteração da integridade corporal provocada pela mastectomia é altamente influenciadora de uma sexualidade menos satisfatória, tendo o parceiro/conjuge um papel determinante no processo adaptativo. A generalidade das mulheres inquiridas revelou apresentar uma satisfação sexual qualitativamente pior que antes da cirurgia, sendo esta independente de factores como a idade, técnica cirúrgica, existência de complicações resultantes da cirurgia, tempo decorrido após a cirurgia e tratamentos coadjuvantes.

Sendo que Barbosa, (2008), refere que

Tendo em conta os resultados apresentados relativos às variáveis diminuição do apetite sexual, o prazer nas relações sexuais, a vergonha do corpo, o desconforto nas relações sexuais, o interesse do companheiro, em que uma grande percentagem da amostra refere não ter sofrido alterações significativas nestes aspectos da sua vida, poderemos considerar que a mastectomia não provocou perturbações na sexualidade destas mulheres.

De acordo Manganiello (2008), a grande maioria das mulheres que participaram no seu estudo, passaram a sofrer de disfunção sexual em consequência da mastectomia. Afirma que a remoção da mama faz com que as mulheres tenham que enfrentar situações complicadas relacionadas com a sexualidade, sentem-se mutiladas e têm dificuldade em expor o seu corpo, comprometendo a sua vida sexual.

III. Fase Metodologia

Fortin (1999, p.372) define a metodologia como

Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” e um método de um “processo de aquisição de conhecimentos definidos pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de análise e de interpretação dos dados.

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”. (Fortin, 1999, p.108)

A fase metodológica está estruturada da seguinte forma: princípios éticos, tipo de estudo, meio, população, processo de amostragem, amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, pré-teste e tratamento de dados.

1. Princípios Éticos

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”. (Fortin, 1999).

Ainda segundo o mesmo autor,

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se um estudo, pelos seus métodos de experimentação ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados, viola este direito ou é susceptível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável (...).

Assim sendo, no presente estudo de investigação pretende-se respeitar os direitos abaixo descritos.

Fortin (1999, p.116), cita e descreve cada um dos cinco princípios essenciais aplicáveis aos seres humanos e de acordo com o código de ética, que são:

- **O direito à autodeterminação** – Este direito baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo a qual a qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o seu potencial sujeito tem direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

Neste estudo, pretende-se o explicar às mulheres mastectomizadas que participam no estudo, o direito de decidirem a sua participação ou não, sendo que nenhum meio será utilizado para influenciar a sua decisão.

- **O direito à intimidade** – O investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Pretende-se que o estudo seja o menos invasiva possível, bem como proteger a intimidade dos sujeitos.

- **O direito ao anonimato e à confidencialidade** – Este direito é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.

Neste estudo, o questionário será anónimo, e os resultados serão apresentados de forma a que os sujeitos não sejam identificados, de forma alguma.

- **O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo** – Este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe trazerem mal ou de a prejudicarem.

Neste estudo, pretende-se promover o bem-estar dos sujeitos, prevenindo o desconforto e o prejuízo dos mesmos.

- **O direito a um tratamento justo e equitativo** – Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo. O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

Como já foi referido anteriormente, serão fornecidas todas as informações acerca deste estudo às mulheres mastectomizadas.

2. Tipo de Estudo

“A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter as respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses.” Fortin (1999, p.133)

Na elaboração deste trabalho pretende-se que o estudo seja quantitativo, descritivo e transversal.

A investigação quantitativa é “Investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente” (Fortin, 1999, p.371)

Segundo Fortin (1999, p.162) “A maior parte dos estudos descritivos limita-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa.”

3. Meio do Estudo

O estudo foi realizado em meio natural, numa USF pertencente ao ACES da Maia, na cidade da Maia. De acordo com Fortin, (1999, p.132), os estudos em meio natural são,

Estudos conduzidos fora dos laboratórios tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.

4. População

“As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”. (Fortin, 1999, p.133)

Assim sendo, a população alvo será um conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. Neste trabalho é constituída pelas mulheres mastectomizadas que estão inscritas numa USF, pertencente ao ACES da Maia.

5. Método de Amostragem

Para Fortin (1999, p. 202),

A amostragem é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Neste estudo, o método de amostragem utilizado será uma amostragem não probabilística, mais especificamente, uma amostragem por redes. Este será composto por 20 elementos da população

Segundo Fortin (1999),

A amostragem por redes é uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seria difíceis de encontrar de outra forma (...) toma-se por base as redes sociais, as amizades e o facto de que os amigos têm tendência a possuir características comuns.

i. Amostra

Ainda para o mesmo autor, a amostra é,

Um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

A amostra do estudo é constituída por 20 mulheres mastectomizadas, inscritas no ACES da Maia e que se disponibilizaram a participar no inquérito.

6. Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”. Fortin (1996, p.36)

i. Identificação de variáveis

“As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a utilização numa investigação. Algumas podem ser manipuladas, outras controladas”. Fortin (1999, p.37)

A **Variável Atributo** é que representa as “características do sujeito de um estudo, que serve para descrever a amostra”. Fortin (1999, p.276)

Neste estudo será a idade, o estado civil, o número de filhos, o nível de escolaridade e a profissão.

A **Variável de Estudo** que neste estudo será a sexualidade da mulher mastectomizada

7. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999, p.240),

Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor lhe convém ao objectivo do estudo, às questões colocadas ou às hipóteses formuladas.

Como instrumento de colheita de dados foi adaptado, pelo investigador, um questionário, baseado na revisão bibliográfica e estudos já efectuados, com perguntas abertas, mistas e fechadas. Foi aplicado de forma presencial, durante o mês de Junho.

Segundo Fortin (1999, p.249-250),

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas dos sujeitos, [...] Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem contar questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter respostas abertas que pedem respostas escritas da parte do sujeito (...)

O questionário está dividido em duas partes, sendo a primeira parte constituída por 6 questões de caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por vinte e cinco questões fechadas e cinco mistas, para atingir os objectivos do estudo.

i. Pré-teste

O pré-teste do questionário é a verificação feita de forma a confirmar que ele seja realmente aplicável com êxito no que toca a dar uma resposta efectiva aos problemas levantados pelo investigador. Isto é, após a realização do questionário este deve ser testado antes da sua aplicação definitiva.

Para Fortin (1999, p. 373), o pré-teste é uma,

Medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. Também ensaio de um instrumento de medida ou de equipamento antes da sua utilização em maior escala.

O pré-teste aplicou-se a um grupo de 3 pessoas com o objectivo de averiguar se existiriam eventuais dificuldades no seu preenchimento e também recolher algumas opiniões para, se necessário, aperfeiçoar o questionário. Sendo que o pré-teste foi aplicado a um grupo de pessoas que não constituem a amostra, e após a sua aplicação não foi necessário alterar o instrumento de colheita de dados.

1. Tratamento de Dados

Os dados obtidos através dos questionários aplicados, foram submetidos a um tratamento estatístico utilizando o programa informático Microsoft Excel 2007.

Foi aplicado medida de estatística descritiva como a Moda, Média, Desvio Padrão. Quanto às questões de resposta aberta, foi aplicada análise de conteúdo, segundo Bardin (2009).

IV. Fase Empírica

Para Fortin (1999, p. 374),

Informações provenientes da análise dos dados obtidos a partir de questões de investigação, compreendo o objectivo do estudo, uma breve descrição dos sujeitos e do seu papel como participantes, assim como uma síntese das principais conclusões.

1. Apresentação dos Resultados

Numa primeira parte, apresentam-se os dados de caracterização da amostra, seguindo-se as respostas às respostas às questões do estudo, através de quadros e gráficos.

i. Caracterização da Amostra

Quadro 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo intervalos de idades (em anos)

Idades	Frequência	Percentagem
30-39	3	15,0%
40-49	5	25,0%
50-59	7	35,0%
60-69	5	25,0%
Total	20	100,0%

Quadro 1.1 – Estatística descritiva relativa à idade (em anos)

Moda	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo	Desvio Padrão
[50-59]	54	32	65	10,3

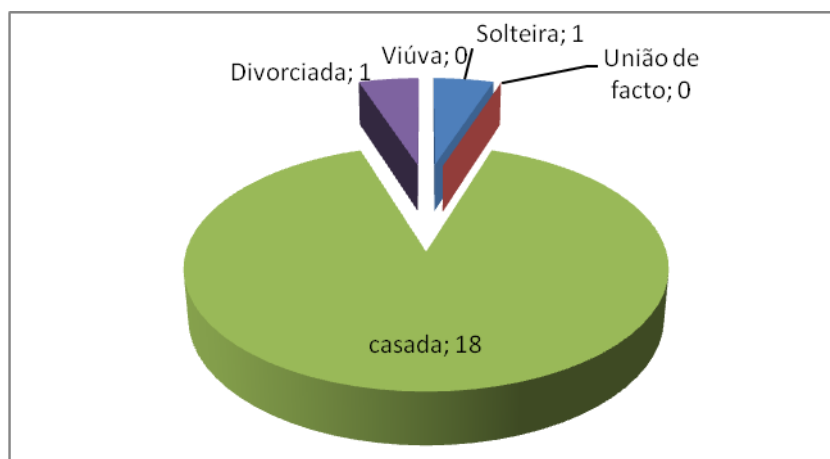
Através do quadro 1 e do quadro 1.1, ao analisar a variável idade pode verificar-se que as mulheres mastectomizadas inquiridas têm idades compreendidas entre os 32 e os 65 anos de idade. Concluímos que a média é de 54 anos, o desvio padrão de 10,3 anos e moda corresponde ao intervalo de [50-59] anos.

Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Escolaridade”

Nível de Escolaridade	Frequência	Percentagem
4º ano	3	15,0%
7º ano	2	10,0%
9º ano	4	20,0%
12 º ano	5	25,0%
Licenciatura	5	25,0%
Mestrado	1	5,0%
Total	20	100,0%

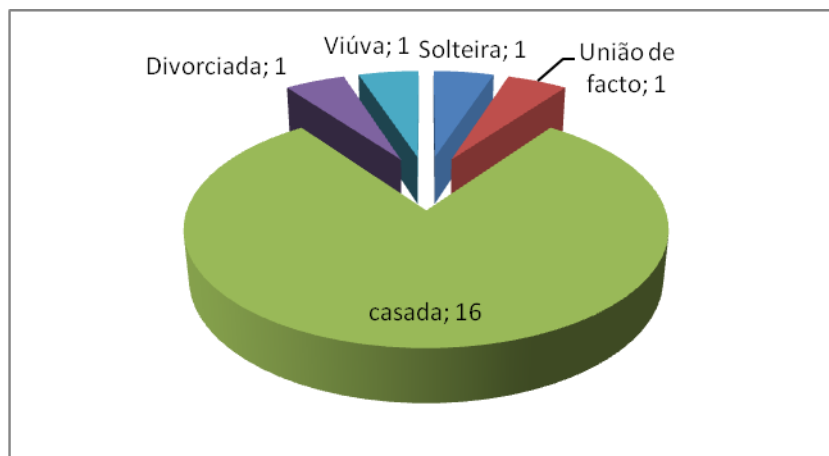
Com base no quadro 2, segundo a variável “escolaridade”, constata-se que a percentagem de mulheres mastectomizadas com o 12º Ano é superior aos restantes níveis de escolares (25%). A licenciatura representa 25%, verificou-se igualmente que 25% das inquiridas possuem o 12º Ano, 20% têm o 9º Ano, 15% têm o 4º Ano de escolaridade e apenas 1 possui Mestrado.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a variável “Estado Civil (antes da mastectomia)”



Através do gráfico 1, segundo a variável “estado civil” antes da mastectomia, podemos verificar que 18 das mulheres mastectomizadas que fizeram parte da amostra são casadas, 1 é solteira e 1 é divorciada.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a variável “Estado civil (após a mastectomia)”



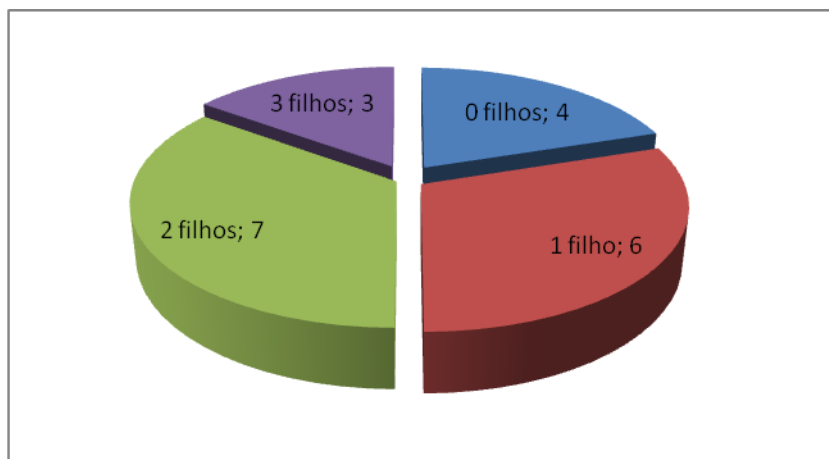
Conforme se constata no gráfico 2, segundo a variável “estado civil (após a mastectomia)”, constata-se que 16 das mulheres mastectomizadas casadas mantem-se, sendo uma continua solteira, 1 passou a união de facto, 1 continua divorciada e 1 ficou viúva.

Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Profissão”

Profissão	Frequência	Percentagem
Doméstica	3	15,0%
Empregada de Mesa	2	10,0%
Professora	1	5,0%
Engenheira Civil	2	10,0%
Educadora	1	5,0%
Gestora	1	5,0%
Enfermeira	1	5,0%
Empregada de loja	1	5,0%
Reformada	8	40,0%
Total	20	100,0%

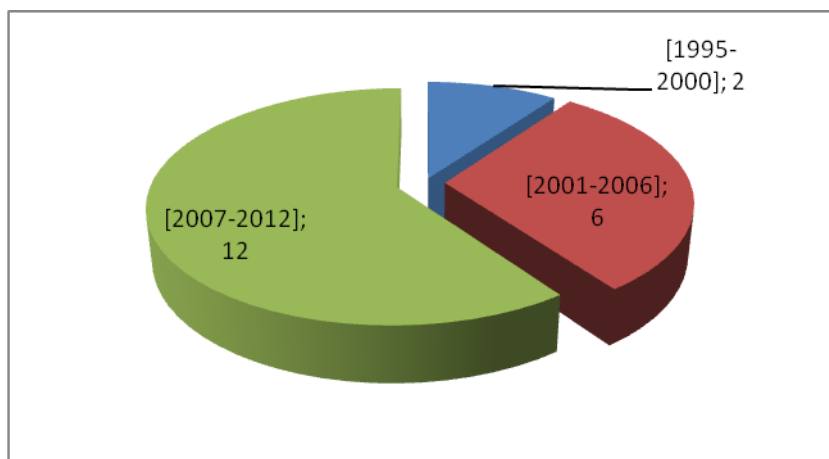
Conforme se constata no quadro 3, quanto à “profissão” verifica-se que 40% das mulheres mastectomizadas inqueridas são reformadas, 15% são domésticas, são empregadas de mesa e engenheiras civis. Na amostra estudada encontram-se também 1 professora, 1 educadora, 1 gestora e 1 enfermeira.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a variável “número de filhos”



Conforme podemos verificar no gráfico 3, concluímos que 4 das mulheres que fizeram parte da amostra não têm filhos e que as restantes têm um ou mais filhos.

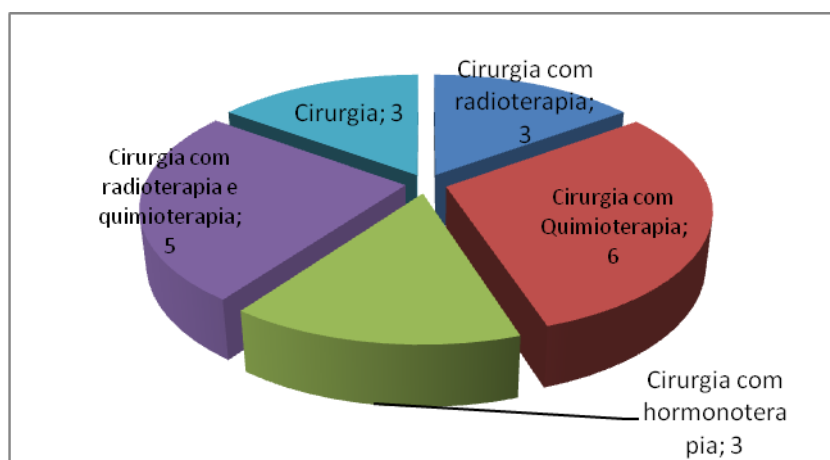
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a variável “Ano de descoberta da doença”



De acordo com o gráfico 4, verificamos que a prevalência da descoberta da doença pelas mulheres inqueridas foi em entre 2007 e 2012, seguindo-se o intervalo [2001-2006] com 30%, sendo que o intervalo de [1995-2000] representa 10% da amostra.

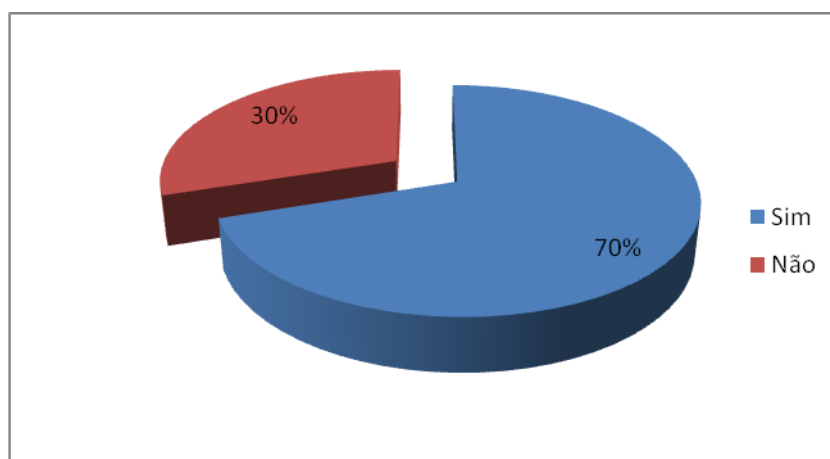
ii. Caracterização de Estudo

Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a variável “o tipo de tratamento realizado”



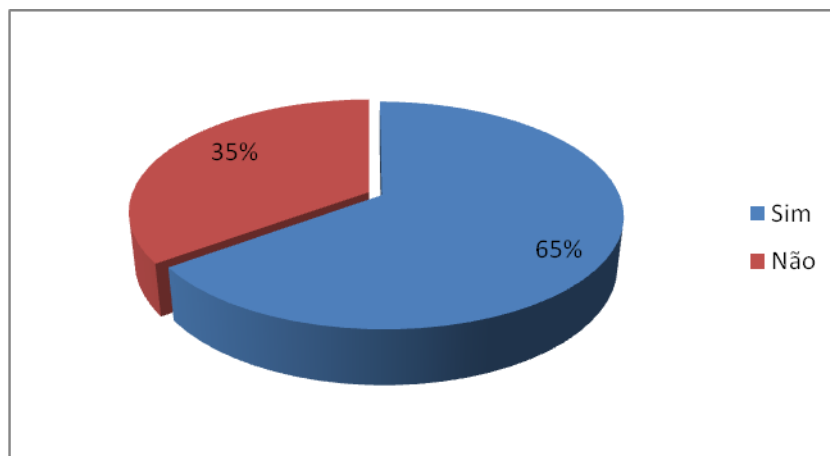
Pela análise do gráfico 5, em relação ao tipo de tratamento realizado, verifica-se que seis das mulheres mastectomizadas foram sujeitas a cirurgia com quimioterapia, 5 a cirurgia com radioterapia e hormonoterapia, 3 a cirurgia com radioterapia, 3 a cirurgia com hormonoterapia e por fim, os últimos 3 foi sujeito apenas a cirurgia.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a variável “reconstrução mamária”



De acordo com o gráfico 6, em relação à reconstrução mamária, que 70% das mulheres mastectomizadas fez reconstrução mamária e as restantes 30% não fez reconstrução mamária.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a variável “ alteração da vida após a cirurgia”



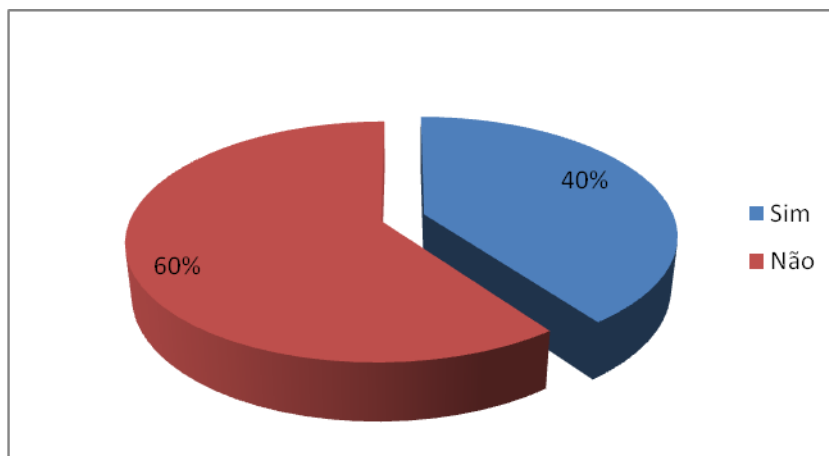
Pela análise ao gráfico 7, relativo à alteração da vida após a cirurgia, verifica-se que 65% das mulheres mastectomizadas afirma que a sua vida se alterou após a mastectomia, enquanto as restantes 35% dizem que a sua vida não sofreu qualquer alteração. Quando solicitadas a justificar de que modo a sua vida se alterou, as respostas foram diversas:

Quadro 4 – Tratamento das respostas à questão “Sente que a sua vida se alterou depois da cirurgia”

Categorias	Unidade de Registro	Frequência
Auto-estima	"Senti-me menos bonita"	1
	"Senti-me mais condicionadas"	1
	"Deixei de me sentir eu mesma"	1
	"Senti a perda de algo"	1
	"Sinto-me menos confiante"	3
	"A nível psicológico e físico"	2
Isolamento Social	"Sou muito mais tímida"	3
	"Passei a gostar de passar mais tempo sózinha, no meu espaço"	1
	"Não tenho tanta paciência para conversar como antigamente"	1
	"Evito saídas com amigos"	1
Total		15

Conforme o quadro 4, segundo as respostas dadas à questão, surgiram duas categorias “Auto-estima” e “Isolamento Social”, em que a maioria das mulheres que foram inquiridas refere que a grande alteração foi a diminuição de confiança e a timidez.

Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo a variável “ alteração na relação com os outros”



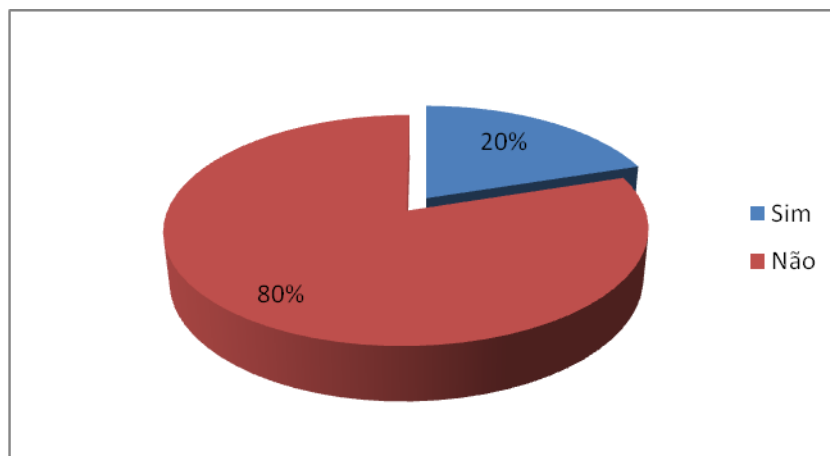
Perante o gráfico 8, constata-se que 60% das mulheres afirma que a sua relação com os outros não se alterou, sendo que 40% referem que sim.

Quadro 5 – Tratamento das respostas à questão “Sente que a sua relação com os outros se modificou?”

Categoria	Unidade de Registro	Frequência
Afastamento	Passei a estar mais tempo sozinha, por opção	5
	"Tornei-me menos comunicativa e fria"	2
	"Tornei-me insegura"	1
Aproximação	"As pessoas aproximaram-se mais de mim, e eu deles"	4
	"Continuei uma boa relação com os outros"	6
Total		18

De acordo com o quadro 5, podemos verificar que a maioria das mulheres inquiridas diz que continuam com uma boa relação com as pessoas que as rodeiam, no entanto, e por opção própria, começaram a passar mais tempo sózinhas.

Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a variável “ alteração na relação com companheiro”



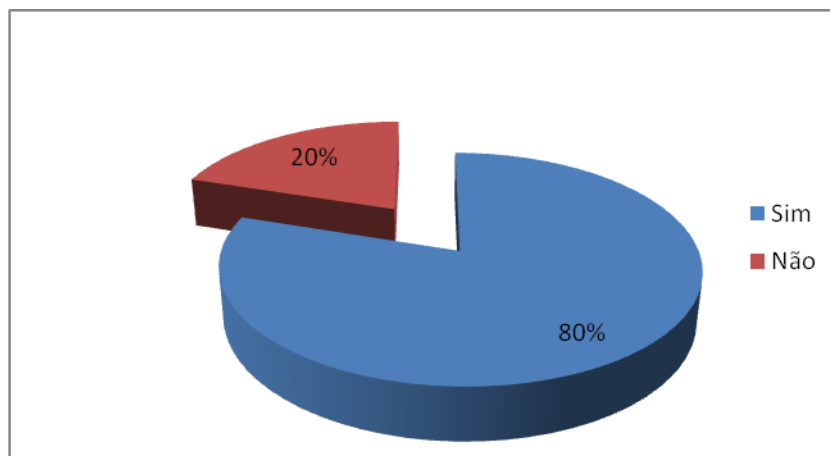
Como se verifica no gráfico 9, sobre a alteração na relação com o companheiro após a cirurgia, 80% diz que a sua relação não sofreu alterações, no entanto em minoria 20% afirmam que sim, que após a mastectomia a sua relação com o companheiro se alterou.

Quadro 6 – Tratamento das respostas à questão “A relação com o seu companheiro sofreu alterações após a cirurgia?”

Categoria	Unidade de Registro	Frequência
Afastamento	"Não consigo despir-me em frente ao meu companheiro"	1
	"Houve afastamento a nível íntimo"	2
Aproximação	"Aproximou-nos mais"	5
	"Continuei a amar e a ser amada"	4
Total		12

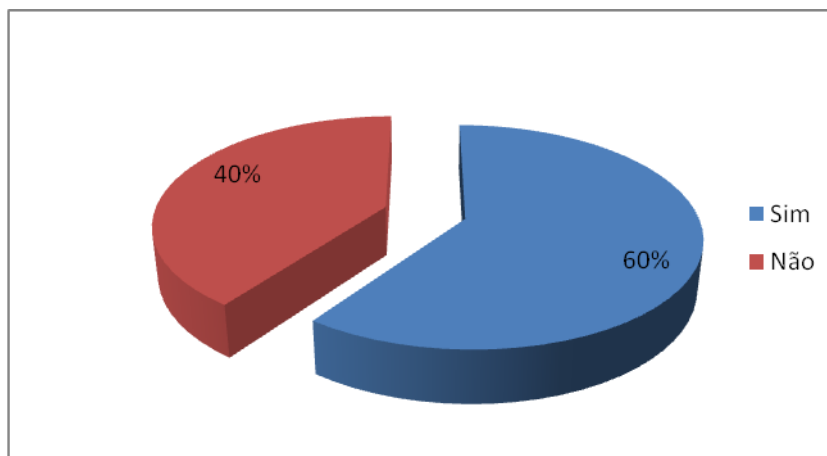
De acordo com o quadro 6, podemos verificar que a maioria das mulheres mastectomizadas diz que a doença oncológica fortaleceu a relação com o companheiro, aproximando o casal.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a variável “ importância da mama na sua sensualidade”



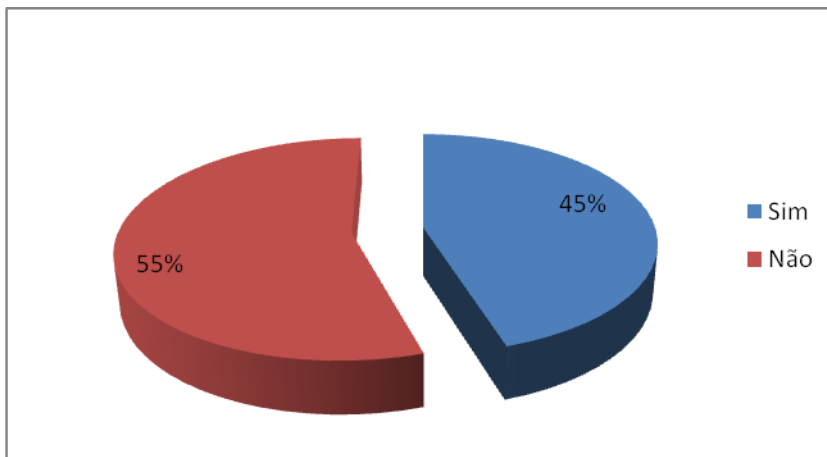
Pela análise do gráfico 10, em relação à importância da mama na sensualidade feminina, 80% das mulheres mastectomizadas dizem que sim, que considera a mama um símbolo sexual, 20% afirmam o contrário.

Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo a variável “ sensualidade após a cirurgia”



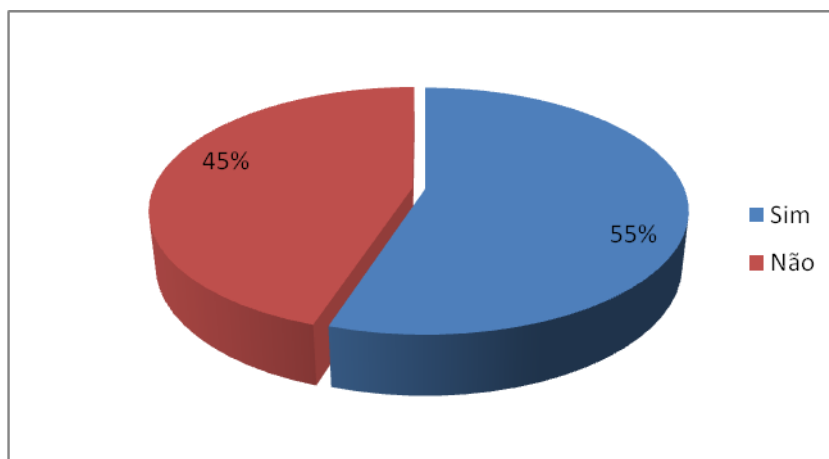
De acordo com o gráfico 11, relacionado com a sensualidade após a mastectomia, 60% afirmam sentirem-se menos atraentes/sensuais após a cirurgia, 40% dizem que não se sentem menos atraentes.

Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo a variável “ imagem corporal após a cirurgia”



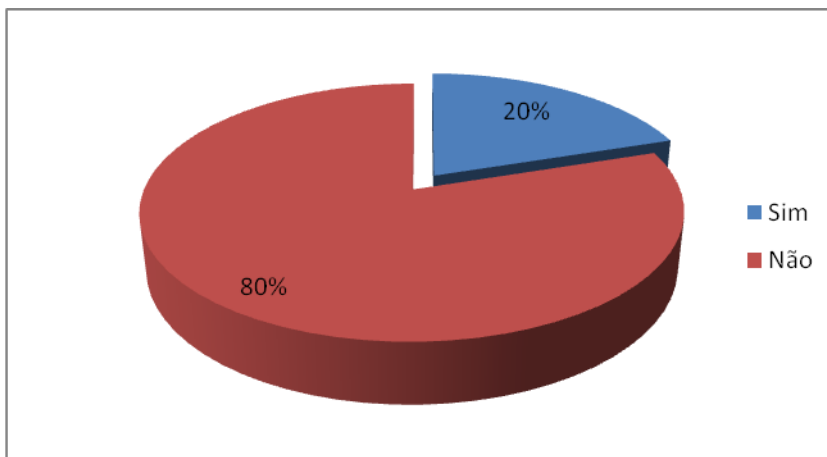
Perante o gráfico 12, em relação à variável “imagem corporal após a mastectomia” constata-se que 55% das mulheres inqueridas não sentiram dificuldades em lidar com o seu corpo após a mastectomia, no entanto 45% afirmam que sentiram dificuldades. Quando questionadas ao modo como lidaram com a situação, não se obtiveram respostas significativas.

Gráfico13 – Distribuição da amostra segundo a variável “ dificuldades em despir-se à frente do companheiro”



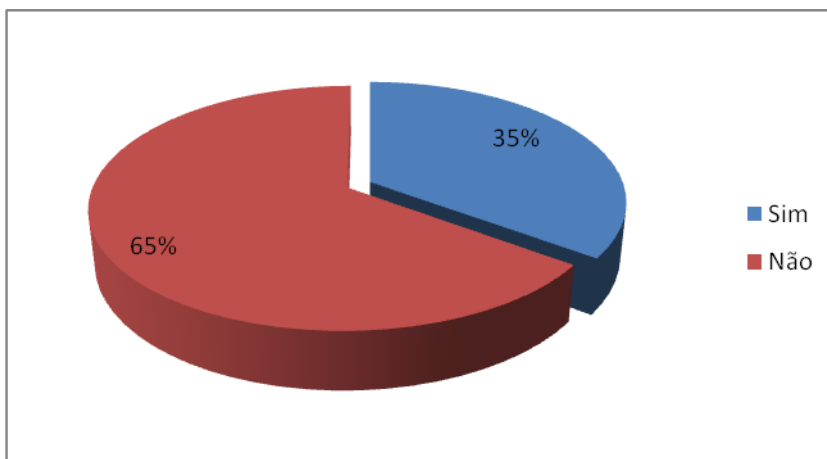
No gráfico 13, 55% mulheres referem sentirem dificuldades em despir-se em frente ao companheiro, no entanto as restantes 45% afirmam que não.

Gráfico 14- Distribuição da amostra segundo a variável “ alteração no modo de viver a sexualidade”



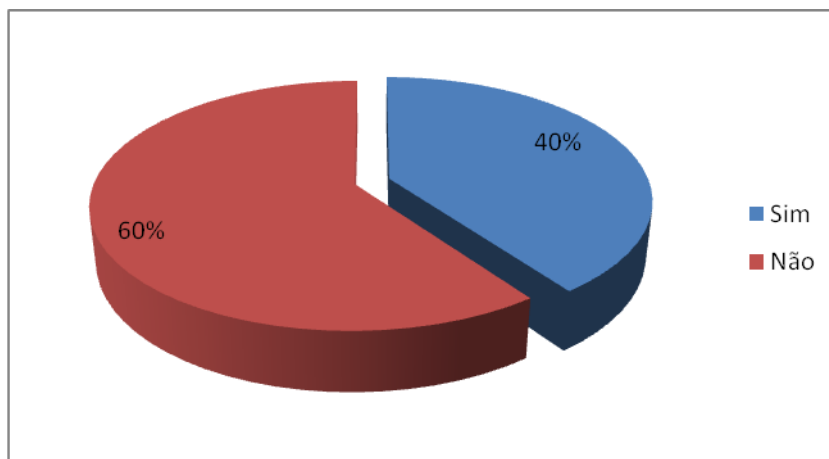
Quanto às alterações no modo de viver a sexualidade, a grande maioria das mulheres dizem que o modo de viver a sexualidade não se alterou e as restantes 20% afirmam o contrário. Quando questionadas ao modo como lidaram com a situação, não se obtiveram respostas significativas.

Gráfico 15- Distribuição da amostra segundo a variável “ diminuição do apetite sexual”



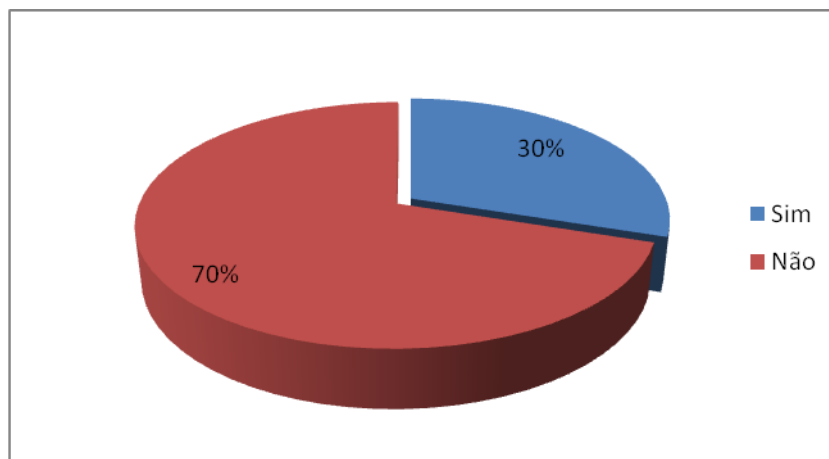
De acordo com o gráfico 15, verifica-se que 65% das mulheres refere não ter perdido o apetite sexual, 35% revelam o contrário, afirma que o seu apetite sexual diminuiu.

Gráfico 16- Distribuição da amostra segundo a variável “ diminuição do número de relações sexuais”



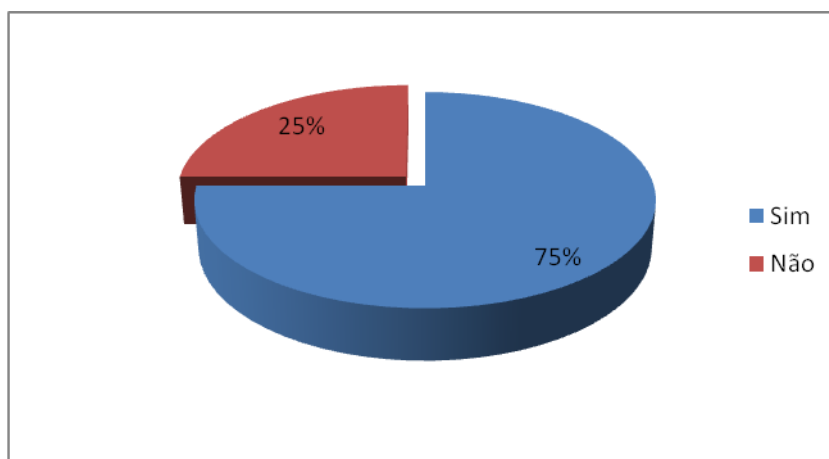
Analisando o gráfico 16, verifica-se que a maior parte das mulheres não diminuiu o número de relações sexuais, no entanto 40% afirma que sim, que o número de relações sexuais diminuiu.

Gráfico 17- Distribuição da amostra segundo a variável “recusa em relacionar-se sexualmente por vergonha”



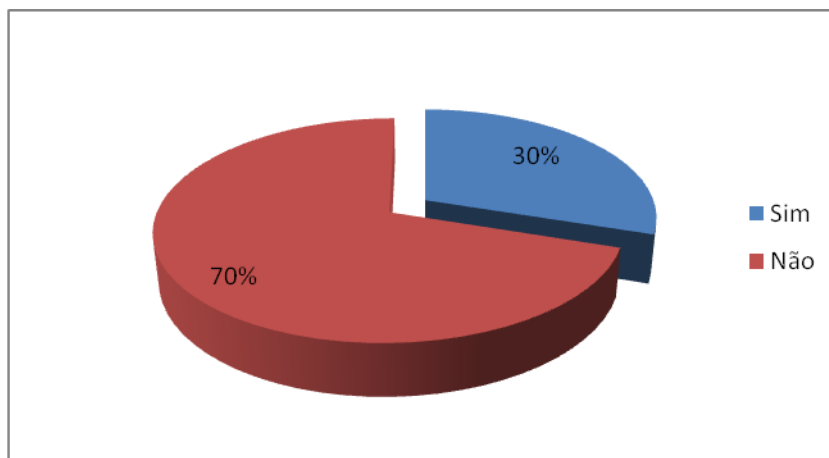
De acordo com o gráfico 17, a grande maioria das mulheres afirma não se ter recusado a relacionar-se sexualmente por sentir vergonha, apresentando 70%, os restantes 30% afirmam que essa situação já lhe aconteceu.

Gráfico 18 - Distribuição da amostra segundo a variável “prazer nas relações sexuais”



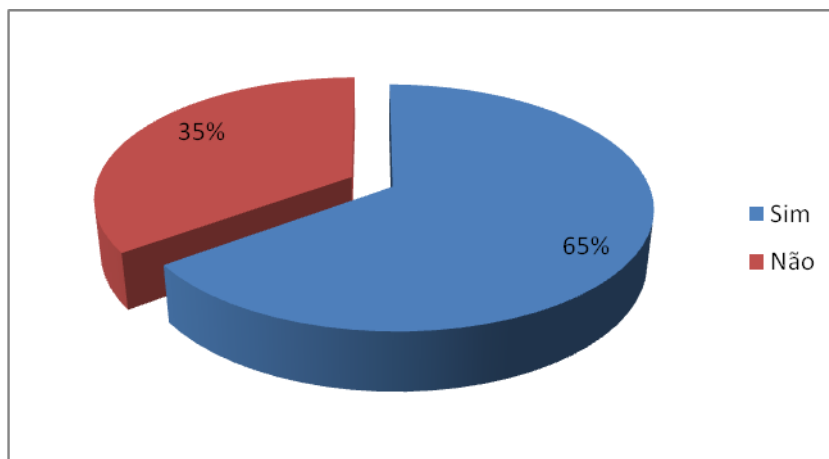
Analizando o gráfico 18, podemos concluir que 75% das mulheres mastectomizadas continuam a ter prazer nas relações sexuais, as restantes 25% afirmam o contrário.

Gráfico 19 - Distribuição da amostra segundo a variável “desconforto nas relações sexuais”



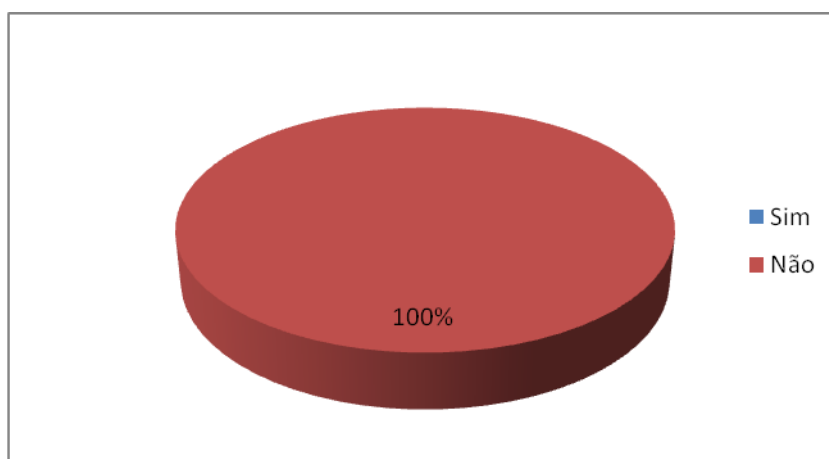
O gráfico 19, em relação ao desconforto nas relações sexuais, 70% das mulheres afirmam que não sente desconforto nas relações, no entanto as restantes mulheres referem que após a cirurgia passaram a sentir-se desconfortáveis nas relações sexuais.

Gráfico 20 - Distribuição da amostra segundo a variável “medo de ser tocada”



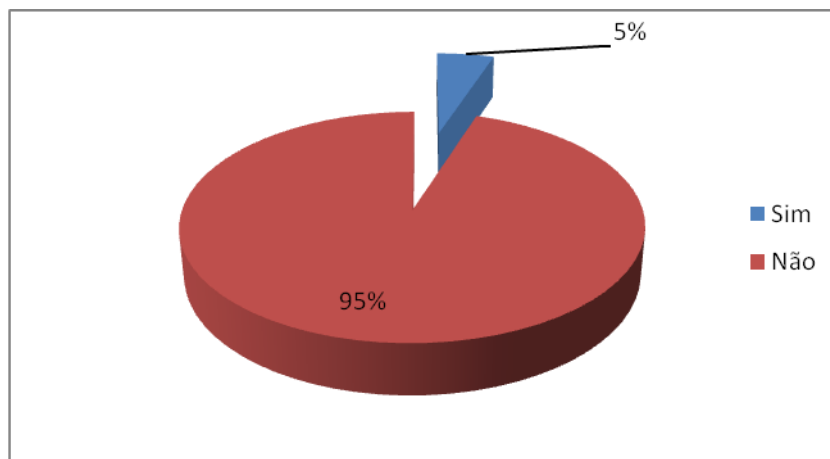
Observando o gráfico 20, verifica-se que 65% sente medo de ser tocada, enquanto 35% diz que não tem medo.

Gráfico 21 - Distribuição da amostra segundo a variável “interesse do companheiro”



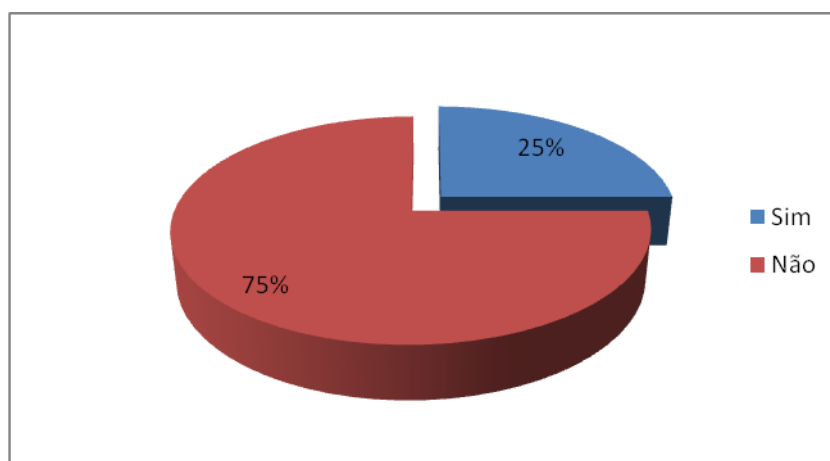
Conforme o gráfico 21, 100% das mulheres inquiridas afirmam que o seu companheiro tem o mesmo interesse por si.

Gráfico 22 – Distribuição da amostra segundo a variável “novas formas de sexo”



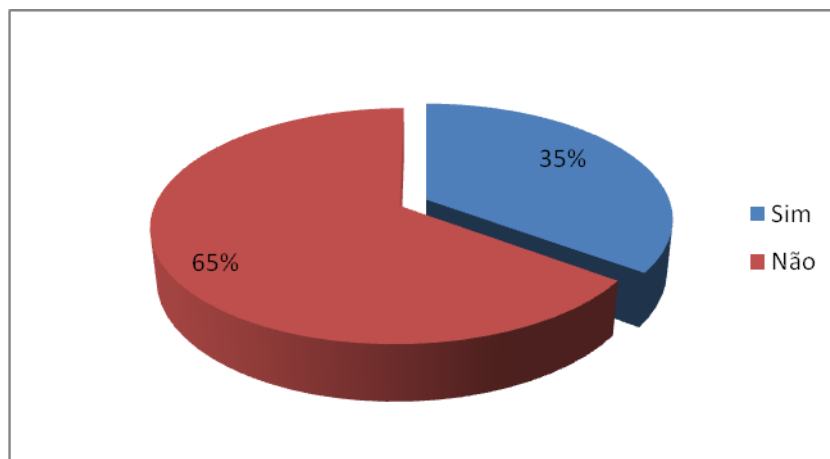
Segundo o gráfico 22, em relação a novas formas de sexo, 95% das mulheres afirmam não ter experimentado novas formas de sexo, sendo que 5% dizem o contrário.

Gráfico 23 - Distribuição da amostra segundo a variável “importância da sexualidade”



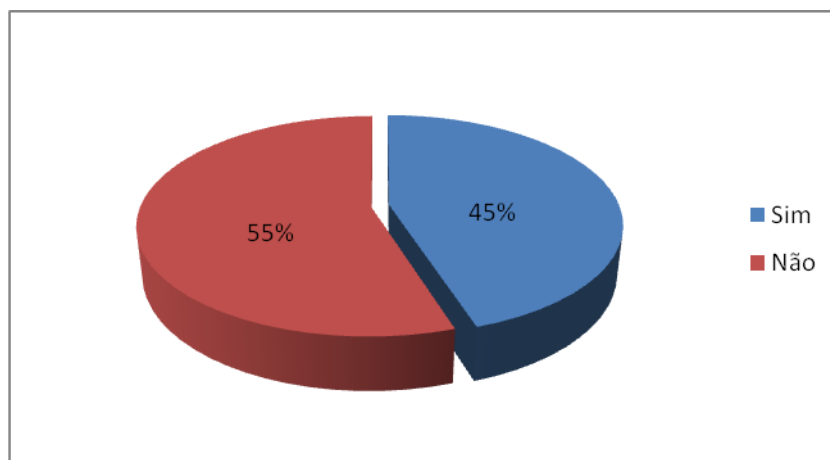
Como se verifica no gráfico 23, 75% das mulheres inquiridas afirmam que a sexualidade continua a ser importante nas suas vidas, enquanto 25% referem o contrário.

Gráfico 24 - Distribuição da amostra segundo a variável “alteração do modo de vestir”



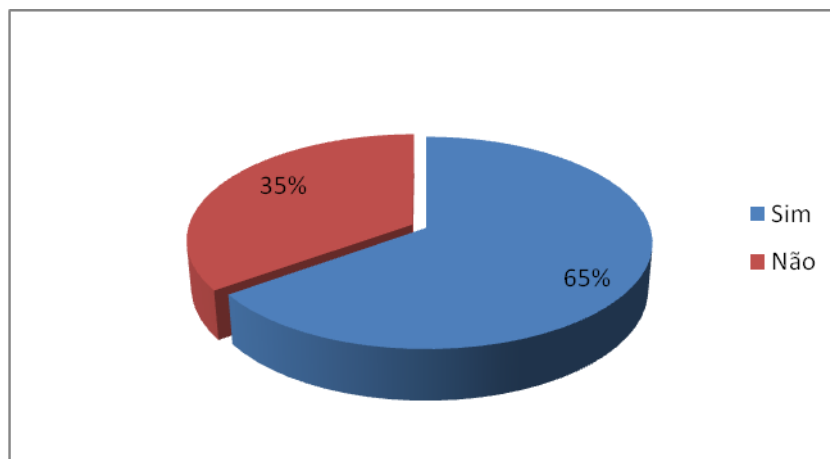
Analisando o gráfico 24, em relação a forma de vestir após a cirurgia, 65% das mulheres revelam que não alteraram a sua forma de vestir após a cirurgia, sendo que as restantes 35% sentiram necessidade de alterar o modo de vestirem para se sentirem mais atraentes.

Gráfico 25 - Distribuição da amostra segundo a variável “dificuldade em sair de casa”



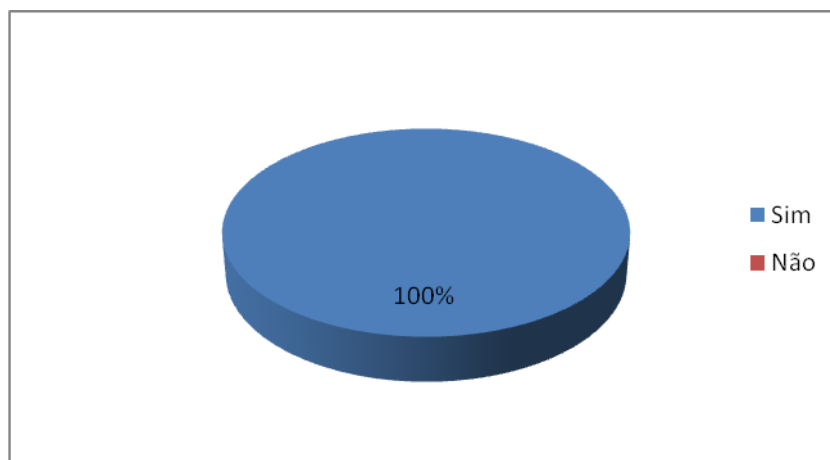
Acerca da dificuldade em sair de casa, representado no gráfico 25, 55% da amostra afirmam não ter tido problemas em sair de casa após mastectomia, no entanto 45% teve dificuldades em sair de casa.

Gráfico 26 - Distribuição da amostra segundo a variável “dificuldade em expor o corpo”



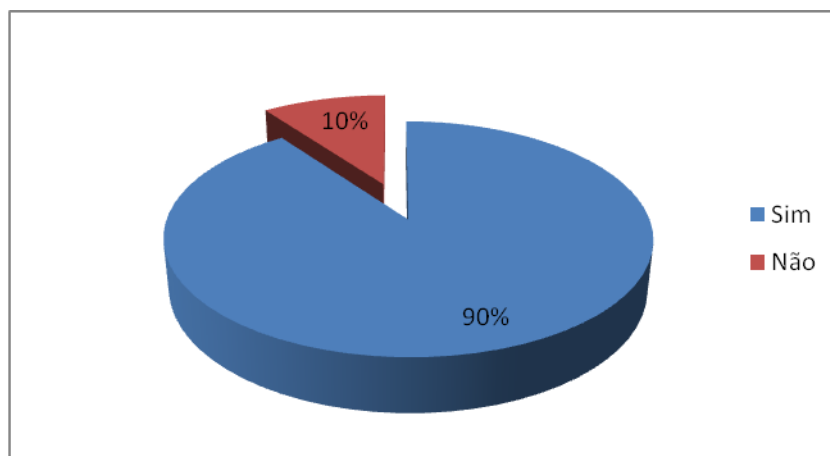
Analisando o gráfico 26, em relação à dificuldade em expor o corpo, 65% das mulheres referem que não sentiram dificuldades em expor o seu corpo (praia, piscina) após a cirurgia, sendo que 35% revelam ter sentido dificuldades em expor o seu corpo.

Gráfico 27 - Distribuição da amostra segundo a variável “apoio do companheiro”



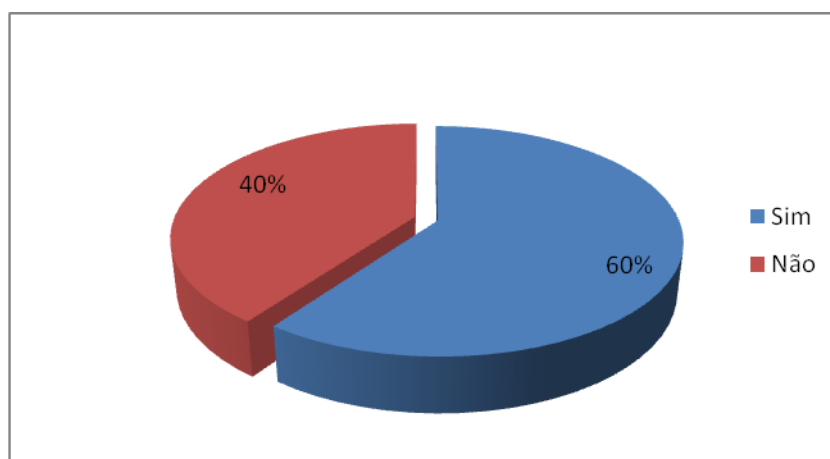
De acordo com a análise feita ao gráfico 27, 100% das mulheres inquiridas revelam que se sentiram apoiadas pelos seus companheiros ao longo da doença.

Gráfico 28 – Distribuição da amostra segundo a variável “a influência do apoio recebido e a sexualidade”



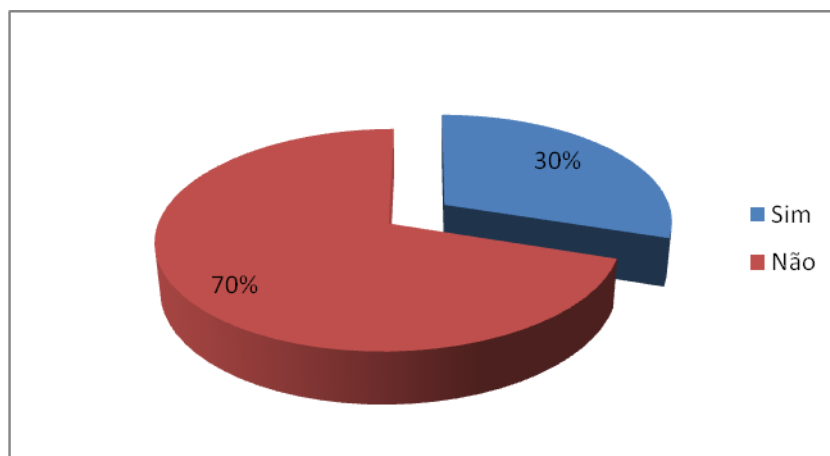
Segundo o gráfico 28, que representa a relação entre o apoio recebido e a influência no modo de viver a sexualidade, concluímos então que para 90% o apoio recebido influenciou a forma de viver a sua sexualidade, no entanto 10% diz exactamente o contrário.

Gráfico 29 - Distribuição da amostra segundo a variável “comunicação com o parceiro acerca da sexualidade”



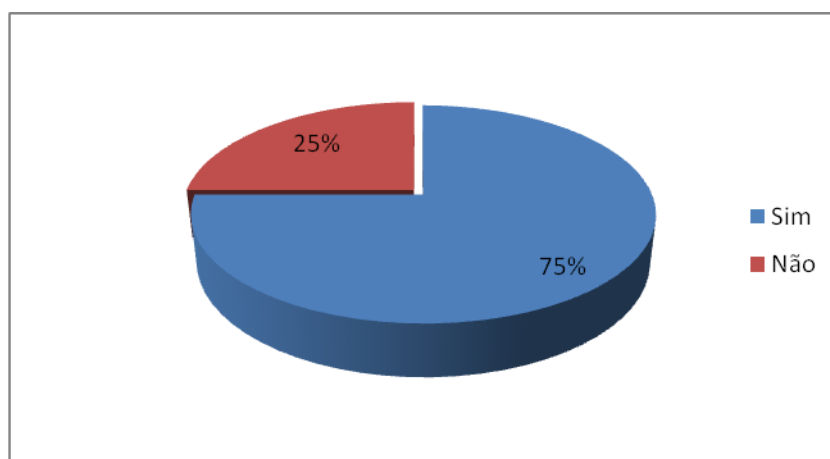
De acordo com o gráfico 29, relacionado com a comunicação com o parceiro acerca da sexualidade, 60% da amostra revela que sim, que falam abertamente sobre o assunto com os companheiros, sendo que 40% não se sentem capazes de falar este assunto com os companheiros.

Gráfico 30 - Distribuição da amostra segundo a variável “ aspectos discutidos pelos profissionais de saúde em relação à sexualidade”



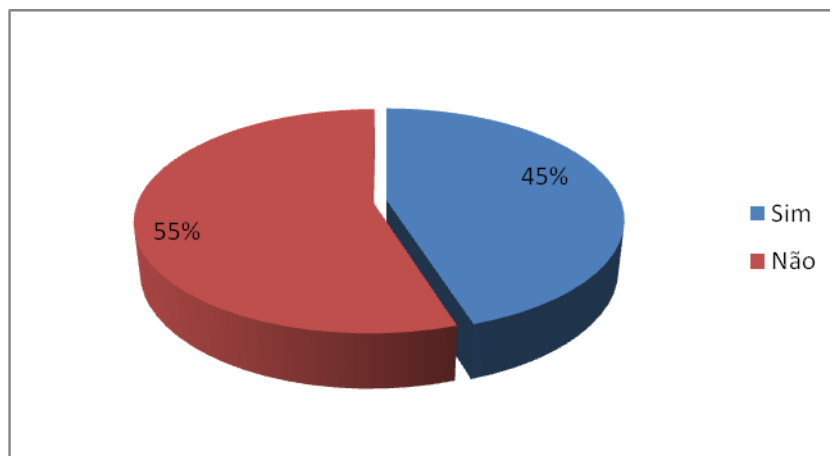
Em relação aos aspectos discutidos pelos profissionais de saúde em relação à sexualidade, e de acordo com o gráfico 30, a grande maioria das mulheres afirma que a sexualidade não foi um assunto abordado pelos profissionais de saúde, sendo que 30% afirma que a sexualidade foi um tema discutido com os profissionais de saúde.

Gráfico 31 - Distribuição da amostra segundo a variável “partilha de vivências com outras mulheres na mesma situação”



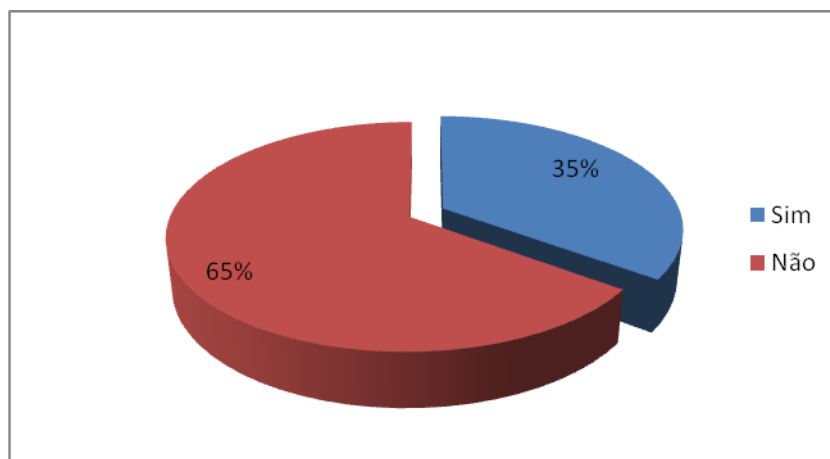
Segundo o gráfico 31, correspondente à partilha de vivências com outras mulheres na mesma situação, verificamos que 75% das mulheres mastectomizadas inquiridas teve a oportunidade de partilhar experiências com outras mulheres na mesma situação, no entanto as restantes 25% afirmam que não.

Gráfico 32 - Distribuição da amostra segundo a variável “informação comunicada”



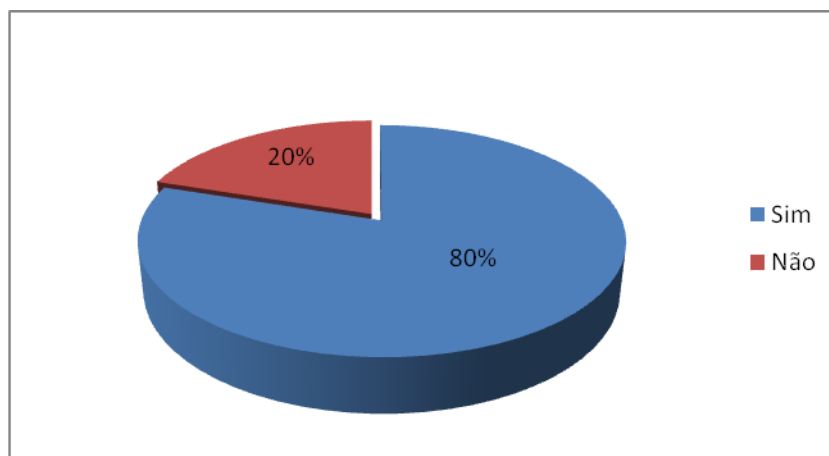
De acordo com o gráfico 32, relacionado com a informação comunicada, 55% das mulheres mastectomizadas dizem que a informação transmitida não foi suficiente para esclarecer as suas dúvidas, no entanto 45% da amostra diz que a informação que lhe foi fornecida foi suficiente para se sentir esclarecida.

Gráfico 33 - Distribuição da amostra segundo a variável “preparação dos profissionais de saúde para orientar os casais na vida sexual”



O gráfico 33 representa a preparação dos profissionais de saúde para orientar os casais na sua vida sexual após a mastectomia na mulher, e 65% das inquiridas pensam que os profissionais de saúde não estão preparados para orientar os casais no que corresponde à sexualidade, no entanto 35% das mulheres mastectomizadas não partilham da mesma opinião.

Gráfico 34 - Distribuição da amostra segundo a variável “capacidade de comunicar sobre o assunto com outras pessoas”



De acordo com o gráfico 34, relacionado com a capacidade de comunicar sobre o assunto com outras pessoas, a grande maioria das mulheres mastectomizadas diz ser capaz de falar com outras pessoas acerca do assunto, sendo que 20% afirma que não se sentem capazes de falar sobre o assunto.

2. Discussão dos Resultados

Após a colheita de dados e do seu tratamento estatístico, é pertinente discutir os resultados obtidos e compara-los com a opinião de outros autores. Segundo Ribeiro (1999) o objectivo da discussão é debater e interpretar os resultados, sem nunca esquecer a questão de investigação, assim como os seus objetivos. Importa referir que, toda a discussão dos resultados vai ser realizada recorrendo à fundamentação teórica realizada previamente.

O objectivo deste estudo foi perceber de que forma as mulheres mastectomizadas vivem a sua sexualidade, e as alterações que surgiram após a cirurgia.

Em relação à caracterização da amostra, foram recolhidos dados relativos à idade, nível de escolaridade e estado civil.

Neste estudo, verificamos que a média de idades das mulheres mastectomizadas é de 54 anos, e quanto à escolaridade, a maioria tem o 12º Ano e Licenciatura. Quanto ao estado civil, 18 das mulheres que fizeram parte da amostra eram casadas antes da cirurgia, 1 era divorciada e outra solteira.

Após a mastectomia apenas 16 são casadas, 1 das mulheres ficou viúva e outra vive em união de facto, as restantes mantêm o mesmo estado civil.

No que refere às alterações na relação com os outros, 60% das mulheres inquiridas dizem que a nível social não sentiram grandes alterações, as restantes afirmam que sim, que a sua relação com os outros se alterou após a mastectomia.

Ferreira (2004, *cit in* Barros, 2008) contrariamente aos resultados obtidos no nosso estudo, defende que “o doente com cancro evidencia grandes dificuldades nas relações interpessoais, designadamente com a própria família”.

No que se refere à relação com o companheiro, a maioria das mulheres diz que não sentiram alterações significativas, e 20% refere que a sua relação com o seu companheiro se modificou. No entanto, as 20 mulheres afirmam que se sentiram apoiadas ao longo de todo o percurso.

Quanto ao apoio recebido ter influenciado na forma de viver a sexualidade, a maioria das mulheres mastectomizadas, afirma que o apoio recebido foi fundamental no que refere a ultrapassar as dificuldades relacionadas com a aceitação da sua nova imagem corporal e da sexualidade.

Também Oliveira (2004), diz que a atitude do marido/companheiro, em todas as fases após a remoção do seio, é um factor que interfere na relação da mulher com o seu corpo, e na forma como vive a sua sexualidade. Isto é, a forma como a mulher encara esta nova fase a nível sexual, depende muito do acompanhamento e apoio que tem do seu parceiro, quanto mais unidos estiverem mais simples será ultrapassar esta fase. E a própria atitude do companheiro face à mastectomia, irá influenciar na relação da mulher com o seu novo corpo.

A imagem corporal da mulher pode ser afectada após a cirurgia, e em relação à alteração da aparência física, no que respeita à sensualidade, a maioria das mulheres dizem terem-se sentido menos atraentes/sensuais após a mastectomia.

Estes resultados estão de acordo com o que os autores Nunes e Neves (1997, *cit in* Barros, 2008), referem, as mulheres mastectomizadas se sentem vazias do lado operado. A maioria referiu que, quando se olhava ao espelho, achava que o que via era muito feio e/ou estava feio.

Avis et al. (2004, *cit in* Manganiello, 2008), refere que transtornos relativos à imagem corporal e ao desejo sexual afectaram estas mulheres, mesmo quando elas não tinham conflitos com os seus parceiros.

Contrariamente ao que Avis afirma, das mulheres inquiridas a maioria diz que o seu desejo sexual não diminuiu, assim como o número de relações sexuais também não. No entanto, o prazer sexual para 60% das mulheres sofreu alterações, tendo sido apontado como uma das barreiras a ultrapassar após a cirurgia.

Quanto à comunicação com o companheiro acerca do assunto, 60% da amostra revela que sim, que falam abertamente sobre o assunto com os companheiros, sendo que as restantes mulheres inquiridas não se sentem capazes de falar este assunto com os companheiros. A comunicação entre os cônjuges é essencial, para que se consigam compreender e consigam também, juntos, ultrapassar barreiras após a cirurgia.

Ainda de acordo com Talhaferro et al (2007), a comunicação entre o casal é também um factor preponderante durante todo o processo de doença, pois sem ela é difícil sustentar a vida do casal. Desta forma, o parceiro tem de compreender e apoiar a mulher, tornando-se um membro indispensável durante todas as fases do tratamento.

De acordo com os resultados em relação às alterações ocorridas no modo de viver a sexualidade, a grande maioria das mulheres, isto é, 80% dizem que o modo de viver a sexualidade não se alterou, as restantes 20% afirmam o contrário.

Quanto à informação transmitida ter ido de encontro às necessidades e dúvidas das mulheres que foram inquiridas, 55% dizem que a informação transmitida não foi suficiente para esclarecer as suas dúvidas, no entanto 45% da amostra diz que a informação que lhe foi fornecida foi suficiente para se sentir esclarecida.

Em relação aos aspectos discutidos pelos profissionais de saúde em relação à sexualidade, a grande maioria das mulheres afirma que a sexualidade não foi um assunto abordado pelos profissionais de saúde, sendo que 30% afirma que a sexualidade foi um tema discutido por estes.

De acordo com Oliveira (2004),

O enfermeiro, como agente de informação/formação, não deverá também descurar aspectos relacionados com as necessidades da índole sexual, uma vez que a mulher mastectomizada, sobretudo a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste âmbito. Este assunto é, normalmente de difícil abordagem, tanto para a mulher, como para o enfermeiro e os profissionais de saúde em geral, pelo que a avaliação da função sexual é muitas vezes omitida.

Estes resultados devem alertar os profissionais de saúde para a importância de valorizar a sexualidade na mulher mastectomizada, ajudando a definir estratégias para superar a fase complicada que se segue à mastectomia. Os profissionais de saúde não devem descurar este assunto, pois o facto da mulher não se sentir bem na vida conjugal, nomeadamente na sexualidade, tem implicações a nível físico e psicológico, afectando a sua qualidade de vida.

No estudo de Moniz e Manganiello, as mulheres inquiridas dizem que a sua sexualidade se alterou após a cirurgia, contudo Barbosa, afirma que tendo em conta os resultados do seu estudo, as mulheres mastectomizadas não sentiram alterações significativas no que se relaciona com a sexualidade.

Segundo o estudo de Barbosa, (2008), os resultados apresentados relativos à diminuição do apetite sexual, o prazer nas relações sexuais, a vergonha do corpo, o desconforto nas relações sexuais e o interesse do companheiro revelam que não houve alterações significativas, concluindo que a mastectomia não afectou a sexualidade das mulheres.

Analisando os resultados obtidos no nosso estudo, verificou-se que estes estão em conformidade com o autor acima referido, sendo que as mulheres mastectomizadas inquiridas não sofreram alterações significativas na sua sexualidade.

V. Conclusão

A investigação científica tem um papel preponderante na aquisição de conhecimentos. A profissão de enfermagem baseia-se na ciência, quer para a sua prática, quer para as tomadas de decisão adequadas à prestação dos cuidados. Como tal, pode-se dizer que enfermagem possui um estatuto científico, sendo que a aquisição de competências na área da metodologia científica são fundamentais.

Sendo este um primeiro trabalho científico realizado até ao momento, foram sentidas algumas limitações, devido, principalmente, à inexperiência na área da investigação. Uma das principais dificuldades sentidas prendeu-se na gestão adequada do tempo, não permitindo o cumprimento do cronograma definido inicialmente. Em relação à revisão da literatura sentiu-se, também, algumas dificuldades, visto que a acessibilidade à informação estar limitada.

O presente estudo teve como principal objectivo perceber de que forma se alterou a sexualidade nas mulheres mastectomizadas e percepcionar a forma como a mastectomia modificou a vida das mulheres, quer a nível físico, quer psicológico, quer familiar e social.

A Enfermagem assume um papel de extrema importância no que diz respeito ao acompanhamento destas mulheres. Estes devem ir de encontro às necessidades específicas do doente, contribuindo para diminuir as dificuldades das mulheres na aceitação da doença, promovendo sempre a qualidade de vida das mesmas. A intervenção dos enfermeiros deve assentar numa relação de ajuda, baseada na empatia e no respeito pelos sentimentos, promovendo uma escuta activa e facilitando a expressão de emoções.

Sendo assim, com a realização deste estudo, conclui-se através dos resultados obtidos que a maior parte das mulheres mastectomizadas inquiridas não alteraram a sua forma de viver a sexualidade devido à mastectomia, embora refiram que tem de existir um período de adaptação e introspecção pessoal.

Sinteticamente, podemos referir que 60% das mulheres revela que a sua relação com os outros não se alterou; 80% refere que o relacionamento com o companheiro não sofreu modificações; 60% afirma que se sentiram menos atraentes após a cirurgia, embora referem que a recuperam com o avançar do tempo, assim como no que diz respeito à dificuldade em se despirem em frente ao companheiro; 55% das inquiridas não sentiram dificuldades em lidar com o corpo após a cirurgia; 80% dizem que não sofreram alterações no modo de viver a sexualidade; 65% das mulheres não perderam o apetite sexual e não diminuíram o número de relações sexuais; 75% continuam a ter prazer nas relações sexuais. Relativamente ao apoio e interesse do companheiro obteve-se resultados de 100%, o que indica que as 20 mulheres inquiridas sentiram-se completamente apoiadas pelos seus companheiros, referindo, ainda, que os seus companheiros mantiveram o interesse por elas.

Com este estudo pretendeu-se dar contributos para a Enfermagem, nomeadamente dedicar mais ao ensino e à escuta activa.

Com o término deste estudo científico, fica a agradável sensação de “missão cumprida”, visto que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos. A realização deste projecto contribui para a aquisição de competências na área da investigação, que serão um bom pilar para o seguimento de um futuro profissional de saúde.

VI. Bibliografia

- Bonassa, E. (1996). *Enfermagem em quimioterapia*. [Em linha] Disponível em <http://www.prp.ueg.br/06v1/conteudo/pesquisa/inic-cien/eventos/sic2005/arquivos/biologicas/atualizacoes_cancer.pdf> [consultado em 10/05/2012]
- DGS (2003). *Guia de apoio à mulher com cancro da mama*. [Em linha] Disponível em <<http://www.dgs.pt>> [consultado em 13/04/2012]
- Lénia, P. (2011). *Mastectomia: Impacto do procedimento na vida da mulher*. [Em linha] Disponível em <http://www.issuu.com/lennya/docs/a_mulher_submetida_a_mastectomia> [consultado em 25/05/2012]
- Moniz, P., et al (2011). *Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória*. In Revista de Enfermagem Referência III (nº5) [Em linha] Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CGMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Frr%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D400%26codigo%3D&ei=VXH7T72uBIr80QWOwbWoBw&usg=AFQjCNHMLniqf3GU_52kWKL8UlrzV6xWyg> [consultado em 3/04/2012]
- Oliveira, I. (2004). *Vivências da Mulher Mastectomizada – Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto : Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição
- Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica* 3ª Edição. Loures: Lusociência
- Payne, D., et al (1996). *Women's Psychological Reactions to Breast Cancer*. Seminars in Oncology.
- Pereira, M. e Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores

- Phipps, W., et al (2008). *Enfermagem Médico Cirúrgica-Conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociência
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Talhaferro, B., et al (2007). *Mastectomia e suas consequências na vida da mulher*. [Em linha] Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf> [consultado em 27/04/2012]
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.;
- Portal de Oncologia Português. [Em linha] Disponível em <www.pop.eu.com/> [Consultado em 5/05/2012]
- Barros, N. (2008). Satisfação Sexual e Imagem Corporal em Mulheres com Cancro da Mama [Em linha] Disponível em <<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFQQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorioaberto.uab.pt%2Fhandle%2F10400.2%2F1153&ei=mvQCUIvENdSIhQf2zbSTCA&usg=AFQjCNEPGhhT5lj2hsRsJky0TpF9jWDFIA>> [Consultado em 2/4/2012]
- Barbosa, J. (2008). *Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas* [Em linha] Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CEsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbdigital.ufp.pt%2Fbitstream%2F10284%2F686%2F1%2FMonografia.pdf&ei=D_YCUJrQIILBhAe486WMCA&usg=AFQjCNHbOAAqNODpaeKHonJeC6RJaaMWFw> [Consultado em 12/3/2012]
- Amorim, C (2007). *Doença Oncológica da Mama - Vivências de Mulheres Mastectomizadas* [Em linha] Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>> [Consultado em 18/4/2012]
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70,Lda

- Manganiello, A. (2008). A sexualidade e qualidade de vida na mulher submetida à mastectomia. <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-15052008-153239/pt-br.php>> [Consultado em 17/3/2012]
- Sociedade Portuguesa de Senologia (2008) [Em linha] Disponível em <www.sp.senologia.pt> [Consultado em 5/5/2012]

Anexos

Questionário

Libânia Ilíada Pinheiro Torela

A sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de ciências da Saúde

Porto, 2012

Questionário

Eu, Libânia Ilíada Pinheiro Torela, aluno do 4º ano do Curso da Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar um trabalho de final de curso cujo tema é o seguinte:

“A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas”

O presente questionário tem como objectivo saber a opinião acerca das alterações relacionadas com a sexualidade, após a mastectomia.

Assim sendo, solicito a colaboração no preenchimento do questionário.

Deverá preencher os espaços em branco e assinalar com uma cruz as respostas de acordo com o pretende transmitir.

Toda a informação é confidencial, pelo que não deverá escrever o seu nome em parte alguma.

Desde já, agradeço a sua compreensão e a sua colaboração.

(Libânia Ilíada Pinheiro Torela)

I – Caracterização da Amostra

1. Idade: ____ Anos
2. Nível de Escolaridade: _____
3. Estado civil antes de ser operada: _____
4. Estado civil actual: _____
5. Profissão: _____
6. Tem filhos: Sim Não
Se sim, quantos? _____
7. Em que data descobriu a doença? _____

II – Caracterização do Estudo

1. Qual foi o tipo de tratamento a que foi sujeita?
Quimioterapia ____
Radioterapia ____
Hormonoterapia ____
Cirurgia ____
Cirurgia com quimioterapia ____
Cirurgia com radioterapia ____
Cirurgia com radioterapia e quimioterapia ____
Cirurgia com Hormonoterapia ____
2. Fez reconstrução mamária?
Sim ____ Não ____
3. Sente que a sua vida se alterou depois da cirurgia?
Sim ____ Não ____
De que modo? _____
4. Sente que a sua relação com os outros se modificou?
Sim ____ Não ____
De que modo? _____

5. A relação com o seu companheiro sofreu alterações após a cirurgia?

Sim ___ Não ___

De que modo? _____

6. Considera a mama importante na sensualidade feminina?

Sim ___ Não ___

7. Sente que após a cirurgia ficou menos atraente/sensual?

Sim ___ Não ___

8. Sentiu dificuldades em lidar com o seu corpo após a mastectomia?

Sim ___ Não ___

De que modo lidou com a situação? _____

9. Sente dificuldade em se despir em frente ao seu companheiro?

Sim ___ Não ___

10. O modo de viver a sexualidade alterou-se?

Sim ___ Não ___

Se sim, de que modo? _____

11. O seu apetite sexual diminuiu?

Sim ___ Não ___

12. O número de relações sexuais diminuiu?

Sim ___ Não ___

13. Já se recusou a relacionar-se sexualmente, por sentir vergonha do seu corpo?

Sim ___ Não ___

14. Sente prazer nas relações sexuais?

Sim ___ Não ___

15. Sente desconforto nas relações sexuais?

Sim ___ Não ___

16. Sente medo de ser tocada?

Sim ___ Não ___

17. Sente que o companheiro revela menos interesse por si?

Sim ___ Não ___

18. Experimentou novas formas de sexo?

Sim ___ Não ___

19. Considera que a sua sexualidade já não é importante para a sua vida?

Sim ___ Não ___

20. Mudou a sua forma de vestir para se sentir mais atraente?

Sim ___ Não ___

21. Sentiu dificuldade em sair de casa?

Sim ___ Não ___

22. Sente dificuldades em expor o seu corpo? (praia, piscina)

Sim ___ Não ___

23. Sentiu-se apoiada pelo seu companheiro ao longo da doença?

Sim ___ Não ___

24. O apoio recebido influenciou a sua forma de viver a sua sexualidade?

Sim ___ Não ___

25. Costuma comunicar com o seu companheiro acerca do assunto?

Sim ___ Não ___

26. Em algum momento do seu percurso para a cirurgia os profissionais falaram consigo acerca dos aspectos relacionados com a sexualidade?
Sim ___ Não ___
27. Teve oportunidade de partilhar este tipo de vivências com outras mulheres na mesma situação?
Sim ___ Não ___
28. Sente que a informação que lhe foi transmitida foi de encontro as suas necessidades e esclareceu as suas dúvidas?
Sim ___ Não ___
29. Sente que os profissionais de saúde estão preparados para orientar os casais nas dificuldades relacionadas com a sua sexualidade?
Sim ___ Não ___
30. Sente-se capaz de falar sobre o assunto com outras pessoas?
Sim ___ Não ___

Obrigado pela sua colaboração!

Autorização para Colheita de Dados



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ACES Grande Porto IV – Maia



Exma. Coordenadora da USF Lídador
Dra. Arlete Damas

Assunto: Pedido de Autorização

Eu, Libânia Ilíada Pinheiro Torela, aluna de 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, a realizar o estágio de Integração à Vida Profissional na USF Lídador, venho por este meio pedir autorização à Exma. Coordenadora desta Unidade, Dra. Arlete Damas, para a realização de um questionário dirigido a mulheres mastectomizadas inscritas na USF Lídador, no âmbito da disciplina Projecto de Graduação. Este projecto de final de curso tem como tema “A sexualidade nas mulheres mastectomizadas”.

O questionário será aplicado a partir do dia de 11 a 15 de Junho de 2012, é de referir que será anónimo, respeitando a privacidade das utentes.

Sem outro assunto, agradeço a vossa atenção.

Cumprimentos,
Libânia Torela

Gueifães, 5 de Junho de 2012

USF Lídador
Dra. Arlete Damas
COORDENADORA




Cronograma

“A sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas” - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Fernando Pessoa, Porto
Cronograma (2011/2012)

Actividades	2010							2011												2012					
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Rever da literatura																									
Definir do Problema																									
Definir questões e hipóteses																									
Definir população e processo de amostragem																									
Construir questionário																									
Aplicar Pré-teste																									
Aplicação dos questionários																									
Recolha de dados dos questionários																									
Tratamentos dos dados																									
Apresentação dos resultados																									
Discussão																									
Entrega na UFP																									
Defesa do trabalho																									

Legenda:  Actividades realizadas

 Actividades planeadas